

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA**

**“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIALES,
OBSTÉTRICAS Y PATOLÓGICAS EN LA AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMINO DE LAS ADOLESCENTES INTERNADAS EN EL
HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, ZAMORA, ENERO 2014 –
DICIEMBRE 2018”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de MÉDICO.

Autora:

MARÍA VERÓNICA MATOVELLE VERA.

Director:

DR. ESTEBAN PATRICIO PADRÓN MARTINEZ.

Asesora:

LCDA. CAREM FRANCELYS PRIETO FUENMAYOR, MGS.

CUENCA-ECUADOR

2019

RESUMEN

Antecedentes: En los países en vías de desarrollo, del 15% al 20% de embarazos corresponden a adolescentes. Estudios demuestran que el embarazo en la adolescencia se asocia al parto prematuro.

Objetivo: Determinar la prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en la amenaza de parto pretérmino de las adolescentes internadas en el Hospital Julius Doepfner, Zamora, enero 2014 – diciembre 2018.

Metodología: Es un estudio descriptivo transversal. El universo son las gestantes adolescentes ingresadas al Hospital Julius Doepfner, y la muestra son 116 adolescentes con amenaza de parto pretérmino. La información se analizó en SPSS v.23. y Microsoft Excel; y los resultados se presentan en tablas de frecuencia y porcentajes y gráficos de pastel.

Resultados: La prevalencia de amenaza de parto pretérmino es de 10.6% y las características fueron: 17 a 19 años 62.1%, primaria 72.4%, solteras 48.3%, unión libre 48.3%, amas de casa 62.9%, mestizas 84.5%, consumió alcohol 0.9%, primigestas 73.3%, nulíparas 86.2%, abortos 9.5%, partos pretérmino 1.7%, cesáreas 5.2%, edad gestacional 34 a 36.6 62.9%, control prenatal intermedio 48.3%, índice de masa corporal adecuado 91.4%, infección de vías urinarias 49.1%, infección cervico-vaginal 38.8%, infección intraamniótica 1.7%, anemia 20.7%, trastorno hipertensivo 4.3%, ruptura prematura de membranas 6.9%, esfuerzo físico 3.4%, traumatismos 3.4% y cirugías previas 0.9%.

Conclusiones: La amenaza de parto pretérmino afectó al 10.6% de adolescentes; con adolescencia tardía, instrucción primaria, amas de casa, primigestas de 34 a 36.6 semanas de gestación, sin control prenatal adecuado, infecciones genito-urinarias y anemia.

Palabras clave: Amenaza de parto pretérmino, adolescentes, prevalencia, características.

ABSTRACT

Background: In developing countries, 15% to 20% of pregnancies correspond to adolescents. Studies show that teenage pregnancy is associated with premature birth.

Objective: To determine the prevalence and social, obstetric and pathological characteristics in the threat of preterm delivery of adolescents admitted to the Julius Doepfner Hospital, Zamora, January 2014 - December 2018.

Methodology: It is a cross-sectional descriptive study. The universe is teenage pregnant women admitted to the Julius Doepfner Hospital, and the sample is 116 teenagers with the threat of preterm birth. The information was analyzed in SPSS v.23. and Microsoft Excel; and the results are presented in frequency tables and percentages and pie charts.

Results: The prevalence of threat of preterm birth is 10.6% and the characteristics were: 17 to 19 years 62.1%, primary 72.4%, single 48.3%, free union 48.3%, housewives 62.9%, mongrels 84.5%, consumed alcohol 0.9%, primigestas 73.3%, nulliparous 86.2%, abortions 9.5%, preterm deliveries 1.7%, caesarean sections 5.2%, gestational age 34 to 36.6 62.9%, intermediate prenatal control 48.3%, adequate body mass index 91.4%, urinary tract infection 49.1%, cervical-vaginal infection 38.8%, intra-amniotic infection 1.7%, anemia 20.7%, hypertensive disorder 4.3%, premature rupture of membranes 6.9%, physical exertion 3.4%, trauma 3.4% and previous surgeries 0.9%.

Conclusions: The threat of preterm birth affected 10.6% of adolescents; with late adolescence, primary education, housewives, primigestas from 34 to 36.6 weeks of gestation, without adequate prenatal control, genito-urinary infections and anemia.

Keywords: Preterm birth threat, adolescents, prevalence, characteristics.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	6
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	7
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	8
DEDICATORIA	9
AGRADECIMIENTOS.....	10
CAPÍTULO I.....	11
1. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	14
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES	16
2.2. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	17
2.3. ADOLESCENCIA.....	23
1.1. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN LA ADOLESCENCIA	24
CAPÍTULO III	25
2. OBJETIVOS	25
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	25
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
CAPÍTULO IV.....	26
3. DISEÑO METODOLÓGICO	26
3.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	26
3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	27
3.3. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	27
3.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS	28
3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	28
3.6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	29
3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
CAPÍTULO V.....	34
5. RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO VI.....	40
6. DISCUSIÓN.....	40
CAPÍTULO VII.....	43

7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
7.1.	CONCLUSIONES.....	43
7.2.	RECOMENDACIONES.....	43
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
9.	ANEXOS	50
Anexo 1.....		50
	CERTIFICADO DE BIOÉTICA	50
Anexo 2.....		51
	AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER.....	51
Anexo 3.....		54
	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y FORMULARIO LLENO.....	54
Anexo 4.....		56
	INFORME DEL ANTIPLAGIO	56
Anexo 5.....		57
	RUBRICAS DE PARES REVISORES.....	57
	REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA	59
	INFORME FINAL DE TITULACIÓN	60

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, MARÍA VERÓNICA MATOVELLE VERA, portadora de la cédula de ciudadanía N°. 0106138001, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIALES, OBSTÉTRICAS Y PATOLÓGICAS EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DE LAS ADOLESCENTES INTERNADAS EN EL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, ZAMORA, ENERO 2014 – DICIEMBRE 2018", de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de septiembre de 2019

María Verónica Matovelle Vera
C.I.: 0106138001

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, MARÍA VERÓNICA MATOVELLE VERA, autora del trabajo de titulación “PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIALES, OBSTÉTRICAS Y PATOLÓGICAS EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DE LAS ADOLESCENTES INTERNADAS EN EL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, ZAMORA, ENERO 2014 – DICIEMBRE 2018”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 30 de septiembre de 2019

María Verónica Matovelle Vera
C.I.: 0106138001

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, MARÍA VERÓNICA MATOVELLE VERA, con cédula de ciudadanía N° 0106138001 autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema “PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIALES, OBSTÉTRICAS Y PATOLÓGICAS EN LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO DE LAS ADOLESCENTES INTERNADAS EN EL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, ZAMORA, ENERO 2014 – DICIEMBRE 2018”, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer la prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en la amenaza de parto pretérmino de las adolescentes internadas en el Hospital Julius Doepfner de enero 2014 a diciembre de 2018; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 30 de septiembre de 2019

María Verónica Matovelle Vera
C.I.: 0106138001

DEDICATORIA

Dedico con mucho amor la culminación de mis estudios a mis padres, Iván Matovelle y Zoila Vera; a mi madre, quien me ha brindado siempre su apoyo y ha llegado conmigo a la cima de esta meta; soy afortunada de tenerla, ante las adversidades me enseñó con su ejemplo y sus palabras a tener el coraje para luchar como ella; y a mi padre, que desde pequeña con su apoyo y aliento me encaminó a ser una persona de bien.

Le dedico también a mis queridos abuelos, Salvador Vera (†) y Rosa Cedillo. Mi abuelo me enseñó el valor de hacer el bien por quien más lo necesita, su vida representó sacrificio y amor por los demás, y su ejemplo perdurará en mi sangre y en mi corazón. Mi abuela aún en su vejez, siempre me brinda su apoyo, y me alienta a ser un gran médico, siempre esperando lo mejor de mí, y haciéndome más responsable y fuerte.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de todo corazón a mi familia; a mis padres, a mis abuelos, a mi hermano, a mi cuñada y a mis sobrinas, que han estado siempre conmigo, gracias a ustedes pude llegar hasta acá, con ustedes crecí como ser humano y como profesional, y aprendí que sin importar las circunstancias siempre saldremos con pie derecho y adelante juntos. En especial a mi hermano, Diego Matovelle, que siempre ha estado presente, acompañándome y apoyándome a lo largo de esta etapa.

Agradezco a los docentes de la Universidad, que con su vocación y sabiduría me orientaron y ayudaron a cumplir esta importante meta de vida.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Panamericana de Salud (OPS) (2018) incluye a la amenaza de parto pretérmino en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) como trabajo de parto prematuro sin parto, código: O60.0; aunque cuando se realiza una búsqueda en el índice alfabético vol. 3 de la CIE-10, no se localiza un código para asignar el término “amenaza de parto prematuro” y algunos codificadores lo ubican en “falso trabajo de parto” CIE-10: O47 (1).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2018) determinó que el Ecuador presenta actualmente una población de aproximadamente 16 millones de habitantes y que anualmente el número de nacidos vivos es de 300 000. En el año 2017 el 18.8% de los nacimientos ocurrieron en adolescentes entre los 15 y 19 años y el 0.8% en adolescentes menores de 15 años (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), en la población de adolescentes, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en adolescentes entre los 15 y 19 años; los bebés de madres adolescentes tienen mayor riesgo de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. El 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen en mujeres entre los 15 y 19 años; y el 95% de estos nacimientos ocurren en países de ingresos bajos y medianos (3).

Alouini et al., (2017) en su investigación de cohorte comparativa retrospectiva, señalan que en varios estudios las adolescentes tienen con más frecuencia partos prematuros que las mujeres adultas (4). Las complicaciones médicas durante la gestación, como las IVU, infecciones genitales, anemia, preeclampsia o ruptura prematura de membranas (RPM), aumentan el riesgo de un parto prematuro (5). Clínicamente se asocian a una edad materna extrema, raza negra, carencias socio-económicas, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), antecedente de prematuridad, hábitos tabáquicos y drogas, multigestación, entre otros (6,7). Aproximadamente el 40% de los partos prematuros se produce antes de las 34 semanas de gestación y el 20% antes de las 32 semanas de gestación (8).

Cuz (2016) en su trabajo descriptivo y retrospectivo en el Hospital de Cobán de la ciudad de Cobán en Guatemala, obtuvo que entre las complicaciones obstétricas en las adolescentes, se presentaron: aborto 51.06%, amenaza de aborto 2.79%, amenaza de parto pretérmino (APP) 4.62%, trabajo de parto pretérmino 0.96%, IVU 30.96%, HTA 2.79%, RPM 0.58%, anemia 0.38% y óbito fetal 1.44% (9).

Bendezú et al., (2017) en su estudio retrospectivo de casos y controles en el Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza" en la ciudad Ica en Perú, obtuvieron entre las complicaciones perinatales en las madres adolescentes: anemia 8.5%, IVU 9.6%, RPM 10.7%, HTA gestacional 17.5%, APP 6.8%, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) 0.06%; y no presentó complicaciones el 46.3% (10).

Casado (2018) en su estudio no experimental descriptivo retrospectivo y transversal en el Hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" en la ciudad de Lima en Perú, investigó las principales complicaciones maternas en las adolescentes, y obtuvo entre sus resultados: anemia 30%, hiperémesis gravídica 10%, IVU 24%, APP 10%, trastorno hipertensivo del embarazo 9%, hemorragias en la primera mitad del embarazo 5% y en la segunda mitad 7% y hemorragia posparto 4% (11).

Ordoñez (2017) determinó en un estudio retrospectivo de casos y controles realizado en el "Hospital Isidro Ayora" de la ciudad de Loja en Ecuador, que la prevalencia de APP en las adolescentes primigestas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia se presentaba en el 1.3% del total de las jóvenes gestantes (12).

Ordoñez (2018) en su estudio descriptivo realizado en el Hospital Básico "San Vicente de Paul" de la ciudad de Pasaje en Ecuador, determinó que entre las principales complicaciones maternas que se presentan en las adolescentes embarazadas, están la RPM 33.33%, las IVU 30.95% y la APP representaba el 11.9% (13).

Pérez (2017) en su estudio cuanti-cualitativo descriptivo epidemiológico transversal retrospectivo no experimental en el Hospital Provincial General de Latacunga en la ciudad de Latacunga en Ecuador, encontró los siguientes resultados: APP en adolescentes entre 17 a 19 años 76%, raza mestiza 84%, instrucción secundaria 79%, unión libre 58%, procedente de una zona rural 69%, ocupación ama de casa

43%, nulíparas 76%, antecedente de aborto 10%, infecciones durante en el embarazo 40%, anemia 20%, RPM 18%, trastornos hipertensivos 16%, menos de 5 controles prenatales (CPN) 36% y más de 5 CPN 64% (14).

Tricerri (2017) en su estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital del IESS en la ciudad de Ambato en Ecuador; obtuvo los siguientes resultados: APP a los 18 años 23%, sin estudios 29%, solteras 67%, procedencia zona rural 48%, nulíparas 79%, menos de 5 CPN 77%, no se realizó el examen TORCH 76%, no tomó ácido fólico y vitaminas 58%, presentó IVU 56%, RPM 23%, corioamnionitis 2%, infección cervico-genital 4%, desprendimiento placentario 15%, diabetes 25%, trastornos hipertensivos 40%, trombofilias 11%, colestasis intrahepática 15%, apendicitis 2%, lupus eritematoso sistémico 2%, consumo de drogas 4%, malformaciones fetales 4% y fetos con síndrome de Down 2%, parto inducido 42%, placenta previa 23%, decuiditis crónica 4%, patología del cordón 8% (15).

Gálvez (2017) en su estudio descriptivo retrospectivo y transversal en el Hospital Ginecobstétrico “Profesor Eusebio Hernández” en la ciudad de Habana en Cuba tuvo los siguientes resultados: edad 17 a 19 años 60%, nivel escolar secundario 57.8%, unión libre 45%, mala situación económica 64.4%, paridad anterior 97.8%, no usaba métodos anticonceptivos 66.7%, preeclampsia/eclampsia 11.1%, diabetes gestacional 4.4%, HTA transitoria 20%, anemia 11.1%, sepsis urinaria 22.2% y vaginosis 31.1% (16).

Franco (2018) en su estudio cuantitativo descriptivo transversal en el Hospital Básico “Dr. José Cevallos Ruiz” de la ciudad de Yaguachi Nuevo en Ecuador, obtuvo los siguientes resultados: predominio de adolescentes afectadas con APP entre los 17 a 19 años 65%, instrucción secundaria 55%, residencia en zona rural 80%, 1 a 4 CPN 60% y RPM 50% (17).

Pilco (2019) en su estudio de campo, cuantitativo descriptivo no experimental de corte transversal en el Hospital Básico Naranjal de la ciudad de Naranjal, obtuvo estos resultados: APP entre los 14 a 16 años 77%, etnia mestiza 77.1%, residencia área urbana 34%, unión libre 73%, instrucción primaria 82%, ocupación ama de casa 63%, consumía alcohol 10%, fumadoras 1.4%, consumo de drogas 0.5%, violencia intrafamiliar 16%, embarazo no planificado 26%, APP entre las 32 y 36

semanas de gestación 65%, 3 CPN 63%, antecedente de aborto 11%, infección genital 48.5%, IVU 38%, anemia 13% y obesidad 0.5% (18).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se supone la presencia de varias características sociales, obstétricas y patológicas presentes en la amenaza de parto pretérmino; sin embargo, no se han realizado estudios para establecer la frecuencia de estas en esta población.

¿Cuál es la prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en la amenaza de parto pretérmino de las adolescentes internadas en el Hospital Julius Doepfner, Zamora, enero 2014 – diciembre 2018”?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La amenaza de parto pretérmino y el nacimiento de niños prematuros son una complicación frecuente en la obstetricia. Los niños prematuros tienen mayor riesgo de discapacidad visual, auditiva y de aprendizaje durante toda su vida. El nacimiento prematuro lleva implícita una repercusión importante en las familias y tiene un elevado costo monetario para los sistemas de salud (19,20).

La identificación de las características sociales, obstétricas y patológicas en la amenaza de parto pretérmino, antes de la concepción o en etapas tempranas del embarazo conduciría al desarrollo de intervenciones que podrían ayudar a prevenir el nacimiento de niños prematuros. Además, los avances en los cuidados prenatales, en especial en el embarazo de alto riesgo, han permitido disminuir la mortalidad materna. Por este motivo, las instituciones de salud deben establecer protocolos para enfrentar la amenaza de parto pretérmino, monitoreando las causas más recurrentes.

Este problema de Salud Pública, podría prevenirse con la actuación multidisciplinaria que daría inicio en Atención Primaria de Salud, mediante el control prenatal de pacientes. Los médicos y especialistas gineco-obstétricos desarrollarían un incremento en el tamizaje y manejo de infecciones genitales durante el control prenatal y promoción de estrategias de salud sexual y reproductiva orientadas a prevenir el embarazo en las adolescentes. Las beneficiarias de esta investigación serán las pacientes que presenten

características sociales, obstétricas y patológicas presentes en la amenaza de parto pretérmino. Los resultados de este estudio ayudarán a disminuir la incidencia de amenaza de parto pretérmino en las adolescentes gestantes internadas en el “Hospital Julius Doepfner”.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Gilbert et al., (2004) observaron que el embarazo en la adolescencia se asocia al parto pretérmino, por lo que este grupo se relaciona con una mayor mortalidad neonatal e infantil y morbilidades neonatales importantes. Además del embarazo en la adolescencia, otro factor relacionado al parto prematuro son ciertos grupos étnicos (21). Manrique et al., (2008) determinaron que la pobreza y el bajo nivel socio-económico se relacionan con el embarazo en adolescentes; y que la edad está asociada significativamente con las patologías maternas (22).

En las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología de Perú (2010), se menciona que la frecuencia de amenaza de parto pretérmino es del 11% en Estados Unidos y del 7% en América Latina (23). Blencowe et al., (2012) en el 2010, estimaron que 14.9 millones de recién nacidos fueron prematuros, lo cual corresponde al 11.1% de los recién nacidos vivos en todo el mundo, desde el 5% de varios países europeos al 18% de algunos países africanos. Más del 60% de prematuros nacieron en el sur de Asia y en el África subsahariana, donde se produce el 52% de los nacimientos vivos globales (24).

Howson et al., (2013) señaló que se requiere tomar medidas urgentes para la solución del parto pretérmino, al ser fundamental para avanzar en el cuarto objetivo del Desarrollo del Milenio (ODM 4) para reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años para el año 2015 y más allá, y presenta un valor agregado a la inversiones en salud materna para el quinto objetivo del Desarrollo del Milenio (ODM 5) (25).

Martínez & Diago (2014) describen que el 60% de los partos prematuros son espontáneos, generalmente precedidos de amenaza de parto pretérmino, siendo ésta la principal complicación y causa de hospitalización en el embarazo (26). Liu Liu et al., (2016) indicaron que a nivel mundial las 3 principales causas de muerte en menores de 5 años son las complicaciones del parto prematuro; siendo el parto prematuro la principal causa (27). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), conmemora el 17 de noviembre como el día mundial del niño prematuro,

con el fin de reivindicar los sistemas de salud capaces de prevenir el millón de muertes evitables que se producen anualmente (28).

2.2. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

2.2.1. Definición

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador (2016), define a la amenaza de parto pretérmino (APP) como la presencia de contracciones uterinas regulares asociadas a modificaciones cervicales que se presentan entre las 21 y 37 semanas de gestación (29,30).

Las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Perú (2014) definen a la APP como la presencia de contracciones uterinas evidenciables al tacto con frecuencia de una cada 10 minutos y 30 segundos de duración, en un lapso de 60 minutos que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2cm (31).

La dirección nacional de maternidad e infancia de Argentina (2015) describe a la APP con contracciones uterinas con frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cuello uterino $\leq 50\%$ y dilatación ≤ 3 cm, entre las 22 y 36.6 semanas de gestación (32).

2.2.2. Etiopatogenia

La APP es de etiología multifactorial, entre sus causas están la infección intraamniótica, isquemia útero-placentaria, malformaciones fetales, sobredistensión uterina, factores inmunológicos y/o stress (23).

Típicamente las posibles causas de APP se han agrupado en 3 categorías:

- Iatrogénica (25% a 30%): Indicación médica por causa materna o fetal (electivos).
- Secundario a ruptura prematura de membranas (30%).
- Idiopático o espontáneo (40% al 50%): Sin causa aparente (29). Este trabajo está enfocado en la APP idiopática.

La APP se produce por 3 mecanismos fisiopatológicos activados prematuramente, los cuales son: endócrino hormonales, isquémico infecciosos y mecánicos (23):

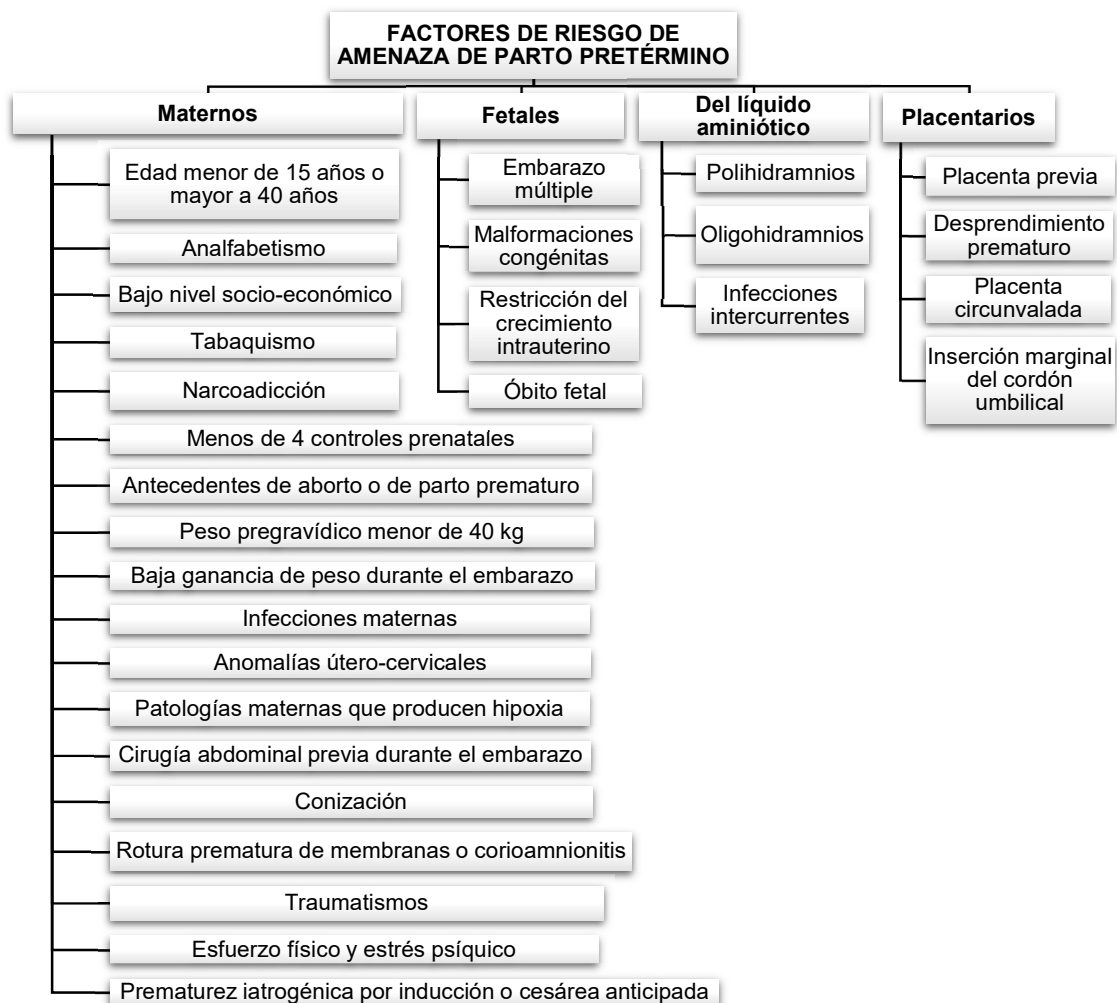
- Activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal materno.

- Inflamación decidual.
- Hemorragia decidual.
- Distensión uterina patológica: embarazos múltiples y polihidramnios.

Es posible que un solo de los mecanismos sea suficiente para desencadenar un parto pretérmino. Estos procesos convergen en una vía final común en donde se liberan mediadores bioquímicos, aumento de proteasas y uterotoninas de membranas fetales y decidua. Por consiguiente, se produce el inicio de las contracciones uterinas con modificaciones del cérvix, con o sin ruptura prematura de membranas (RPM), y finalmente se desencadena el parto prematuro (33).

2.2.3. Factores de riesgo

Diagrama 1. Clasificación etiológica de los factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino.



Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú: Instituto nacional materno perinatal; 2014 (31).

2.2.4. Factores maternos

Edad: El embarazo en las adolescentes está asociado a una mayor morbilidad perinatal; y varios estudios demuestran el mayor riesgo de un parto prematuro en esta población (34–36).

Nivel de instrucción: Los países en vías de desarrollo representan el 95% de los nacimientos en madres adolescentes, y las niñas con bajo nivel educativo tienen 5 veces mayor probabilidad de ser madres. La educación trasciende de forma evidente, ya que en cada año de estudio se reduce en un 10% la fecundidad (37).

Estado civil: Se ha observado un predominio de embarazos adolescentes en aquellas gestantes no casadas, entre ellas madres solteras y en unión libre, lo cual varía en algunos de los estudios realizados (14,15).

Ocupación y esfuerzo físico: Las adolescentes generalmente se encuentran en el ámbito académico, y el embarazo incrementa la probabilidad de que abandonen sus estudios para iniciarse en la maternidad (38). Las gestantes que trabajan tienen mayor riesgo de complicaciones; ya que en determinados casos su ocupación puede generar un importante estrés tanto físico como psicológico (38,39). Además, algunos trabajos se realizan en locales con materiales insalubres, con deficientes sistemas de ventilación, refrigeración o limpieza; mientras que otros demandan esfuerzo físico como estar de pie todo el día, largas jornadas, y los que implican el uso de la fuerza (38).

Etnia: La raza negra o etnia afroamericana o afrocaribeña, se incluye como un factor de riesgo para tener una amenaza de parto pretérmino (32). La amenaza de parto pretérmino afecta a la etnia afroamericana en un 18.4%, (29).

Hábitos tóxicos: El alcohol en la sangre pasa al feto por el cordón umbilical; y puede causar los “trastornos del espectro alcohólico fetal” (TEAF) en donde se han descrito el aborto, muerte fetal, discapacidades físicas, intelectuales y del comportamiento (40,41). Además se asocia a mayor riesgo de parto prematuro, y se ha visto que su consumo incrementa el riesgo de infecciones, desprendimiento placentario, entre otros (41). El tabaco presenta químicos perjudiciales que limitan el suministro de oxígeno y transporte de nutrientes al feto al alterar la morfología placentaria y provocando anomalías congénitas, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), RPM, abortos y partos prematuros (42). Las drogas en el

embarazo aumentan el riesgo de padecer anemia, enfermedades infecciosas (sanguíneas, cardíacas, cutáneas, hepatitis...) y enfermedades de transmisión sexual. La marihuana se relaciona con problemas cognitivos y conductuales en el bebé; mientras que la cocaína puede provocar abortos, partos prematuros, desprendimientos placentarios, hipertensión y muerte fetal; además se asocia a bajo peso al nacer y síndrome de muerte súbita. La dextroanfetamina y metanfetamina pueden ocasionar abortos y partos prematuros; además de síndrome de muerte súbita. La heroína y otros opiáceos, inclusive la metadona, se asocian a abstinencia fetal, apnea fetal y síndrome de muerte súbita (43).

Antecedentes obstétricos: Las adolescentes con un aborto previo tienen mayor riesgo de muerte fetal, partos prematuros y muy bajo peso al nacer (36). Sin embargo, los abortos antes de las 17-18 semanas no confieren más riesgo de parto pretérmino recurrente. Aquellas gestantes con historia obstétrica de un parto pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas tienen un riesgo de parto pretérmino en una nueva gestación del 15%; si tiene 2 antecedentes, el riesgo es del 41 % y si tiene 3 aumenta hasta un 67% (44). Las adolescentes con partos previos presentan mayor riesgo y mortalidad perinatal y neonatal, en comparación con las nulíparas (36).

Controles prenatales: Se ha visto que aún en condiciones socio-económicas adecuadas el control prenatal en las adolescentes es deficiente (34). La educación de las adolescentes gestantes parece ser el determinante para recibir un control prenatal adecuado. Aunque las mujeres adolescentes tienen mayor necesidad de servicios de salud, presentan menos atenciones médicas (45).

Índice de masa corporal gestacional: En el embarazo adolescente surge una competencia por los nutrientes, que se debe al crecimiento continuo o incompleto, aumentando el riesgo de un parto prematuro y bajo peso al nacer (46). Además, las deficiencias en los hábitos alimenticios se asocian al estado civil, se ha estudiado que la alimentación en las adolescentes que aún vive con sus padres es superior, mientras que una pareja de adolescentes se encuentra en una situación susceptible de ser influenciada por otros miembros; algunos adolescentes se saltan la cena y en las adolescentes sin pareja aumenta el riesgo hasta cuatro veces de preparar la cena sin compañía (47). También es importante tener en cuenta el sobrepeso y la obesidad que aumentan el riesgo de presentar diabetes e hipertensión (48).

Infecciones maternas: En la infección se estimulan citoquinas y mediadores inflamatorios que desencadenan el trabajo de parto pretérmino (49). La leucorrea, vulvo-vaginitis y las infecciones de transmisión sexual son prevalentes entre las adolescentes, ya que este grupo es susceptible por tener relaciones sexuales sin medidas de protección adecuadas (10).

Patologías maternas: Entre las principales enfermedades que causan el parto pretérmino están: los trastornos hipertensivos, cardiopatías, neuropatías, anemia, endocrinopatías e infecciones sistémicas (14,50). La hipertensión inducida por el embarazo se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes menores de 15 años; mientras que la anemia se presenta en especial en sectores de bajo nivel socio-cultural (50).

Cirugías previas: Aunque anteriormente estaba contraindicada la cirugía laparoscópica, recientemente ha ganado aceptación como una técnica segura para el binomio madre-hijo; y son más bien las complicaciones abdominales causantes de sepsis abdominal un factor de riesgo de APP (51).

Conización: El cérvix se encarga de mantener el embarazo, y su acortamiento es un factor de riesgo de parto pretérmino, se considera que el riesgo de parto pretérmino es inversamente proporcional a la longitud cervical (52).

Rotura prematura de membranas y corioamnionitis: El embarazo adolescente tiene un mayor impacto en la frecuencia de RPM (53), pero esto varía según los estudios, ya que otros autores señalan que no ocurre con tanta frecuencia (10). La corioamnionitis es la inflamación aguda de las membranas y el cordón de la placenta, que por lo general se debe a infecciones ascendentes. La RPM es un factor de riesgo de corioamnionitis (54).

Traumatismos en el embarazo: El traumatismo aumenta el peligro de un parto pretérmino debido a un desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia feto-materna y pérdida del producto de la concepción. La causa más común de traumatismo abdominal no penetrante son las colisiones en el 70%, seguido de las caídas y las agresiones directas. Las lesiones no penetrantes son más frecuentes que las penetrantes. La incidencia de caídas aumenta conforme avanza el embarazo, lo cual puede deberse a alteración del equilibrio y la coordinación materna. Otros traumatismos culminan en óbito fetal (55).

2.2.5. Factores fetales

Embarazo múltiple: Las madres con gestas gemelares tienen 5 a 6 veces mayor riesgo de un parto pretérmino, que aquellas con un feto único; esto se debe a la importante distensión uterina que se produce a partir de la semana 32 y a la mayor incidencia de RPM. En cuanto mayor sea el número de fetos, menor será la edad gestacional promedio del parto, siendo en gemelos 36 semanas, trillizos 33 semanas y cuádruples 31 semanas.

Malformaciones: Las malformaciones congénitas fetales a menudo son incompatibles con la supervivencia del recién nacido, o pueden causar muerte fetal, RCIU y sufrimiento fetal; por ello son un importante factor de riesgo para parto pretérmino (14).

Restricción del crecimiento intrauterino: Puede explicarse por la inmadurez biológica materna, y el riesgo puede aumentar en condiciones socio-económicas adversas causantes de malnutrición por una complicación médica (toxemia) (50). Las madres adolescentes presentan mayor riesgo de un parto prematuro y un peso reducido del recién nacido (36).

Óbito fetal: El óbito fetal es la causa más frecuente para la interrupción del embarazo ya sea de manera espontánea o inducida (56).

2.2.6. Factores relacionados al líquido amniótico

Polihidramnios: Es el acúmulo patológico de líquido amniótico por aumento en la producción o deficiencia en la eliminación, el cual se asocia a la APP por sobredistensión uterina (44).

Oligohidramnios: Hace referencia al volumen anormalmente bajo de líquido amniótico; su presencia puede conducir a deformación fetal, compresión del cordón umbilical y la muerte; y se ha visto su asociación con el parto pretérmino (57).

2.2.7. Factores placentarios

Las anomalías de inserción placentaria se asocian a una elevada morbimortalidad materna y perinatal, entre las complicaciones perinatales están la prematuridad, RCIU, bajo peso al nacer, hipoxia y muerte fetal (58). Entre los principales factores placentarios asociados a la APP están la placenta previa, el desprendimiento placentario, la placenta circunvalada y la inserción vaginal (31).

2.2.8. Diagnóstico clínico

El diagnóstico se realiza mediante la presencia de las siguientes características, entre las 22 y 36.6 semanas de gestación:

- Contracciones uterinas: frecuencia de 1 en 10 minutos, de 25-30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos.
- Modificaciones cervicales: borramiento del cuello uterino $\leq 50\%$ y dilatación ≤ 3 cm, entre las 22 y 36.6 semanas de gestación (32).

2.2.9. Exploración gineco-obstétrica

La exploración obstétrica debe incluir:

- Exploración con espéculo: cuantificar la metrorragia, si la hubiere, y descartar rotura de membranas.
- Tacto vaginal: para valorar las características del cérvix.
- Valoración de las características del flujo vaginal y toma de muestras para cultivo: en la búsqueda de infecciones vaginales.
- Longitud cervical mediante ecografía transvaginal: > 30 mm se considera bajo riesgo de parto prematuro; entre 20 y 30 mm el riesgo está aumentado, y < 20 mm se considera de alto riesgo para parto prematuro.
- Registro cardiotocográfico externo: valoración de la dinámica uterina (59).
- Test de fibronectina: Un valor > 50 ng/ml en la secreción cervico-vaginal, representa un riesgo incrementado de APP (60).

2.3. ADOLESCENCIA

2.3.1. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años (61).

2.3.2. Clasificación

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se clasifica a los adolescentes según sus cambios físicos y psico-sociales en 3 etapas: adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía.

Tabla 1. Etapas de desarrollo en adolescentes.

	Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía
Edad	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años
Desarrollo corporal	Preocupación por los cambios físicos, los cuales son vividos como una irrupción.	El cuerpo sigue creciendo y cambiado.	Características sexuales secundarias definidas.
Desarrollo cerebral	Pensamiento abstracto concreto. Aumentan las habilidades cognitivas y la fantasía.	Mayor desarrollo del pensamiento abstracto.	Consolidación del pensamiento abstracto.
Desarrollo sexual	Frecuentes fantasías sexuales y autoerotismo.	Relaciones de pareja más formales y de enamoramiento y compromiso afectivo. Interés en la experimentación sexual.	Consolidación de la capacidad de intimar y establecer relaciones de parejas estables.
Desarrollo emocional	Fluctuaciones en el ánimo y autoestima. Impulsividad.	Sentimientos de omnipotencia, se sienten invulnerables, pueden presentar conductas de riesgo.	Disminuye la importancia del grupo de pares. Retorno a estar emocionalmente cercanos a sus padres.
Desarrollo social	Intensa amistad con adolescentes de su mismo sexo. Menor interés en los padres.	Período de mayor acercamiento y participación con sus pares y de compartir sus valores. Período de máximo conflicto con sus padres.	Aceptación de su propia imagen corporal. Desarrollo de su propia escala de valores. Metas de vida y proyectos más reales. Alcanza su propia identidad personal o social.

Breinbauer C. Jóvenes: opciones y cambios, promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington DC: OPS; 2008 (62).

1.1. AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo humano que cursa con cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. El embarazo en la adolescencia se asocia a complicaciones médicas, obstétricas y perinatales (63). La falta de orientación en las jóvenes, ha producido un mayor número de embarazos, lo cual genera un impacto negativo en su condición física, emocional y económica; condiciona y perturba su proyecto de vida; y esto conlleva a un problema de índole médico, ya que al no haber tenido un control prenatal adecuado, se presentan complicaciones en el embarazo y el parto; y por lo tanto con un mayor riesgo de presentar APP (64).

CAPÍTULO III

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en la amenaza de parto pretérmino de las adolescentes internadas en el Hospital Julius Doepfner, Zamora, enero 2014 – diciembre 2018”.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar al grupo de estudio según las características sociales: edad, instrucción, estado civil, ocupación, etnia y hábitos tóxicos.
2. Determinar al grupo de estudio según las características obstétricas: gestas período intergenésico, paridad, tipo de finalización de gestas previas, edad gestacional, número de controles prenatales e índice de masa corporal.
3. Establecer la frecuencia de amenaza de parto pretérmino en las adolescentes en el Hospital Provincial General Julius Doepfner.
4. Identificar las características patológicas presentes las pacientes adolescentes con amenaza de parto pretérmino: infecciones maternas, patologías obstétricas, sucesos traumáticos, alteraciones fetales, anomalías de líquido amniótico y alteraciones placentarias.

CAPÍTULO IV

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

3.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio cuantitativo no experimental descriptivo transversal. Se seleccionará pacientes gestantes adolescentes con embarazo entre 21 y 36.6 semanas por fecha de última menstruación o ecografía, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, que hayan sido atendidas en el Hospital Julius Doepfner de la Provincia de Zamora Chinchipe desde enero del año 2014 a diciembre del año 2018 y que presenten una historia clínica completa.

3.1.2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Lugar

Ecuador, Provincia Zamora, Cantón Zamora, Ciudad Zamora, Hospital General “Julius Doepfner”.

Ubicación

El Hospital General “Julius Doepfner”, está ubicado en la calle Sevilla de Oro, entre las calles Pio Jaramillo y Francisco de Orellana, en la Ciudad de Zamora, que está central en la Provincia de Zamora.

3.1.3. UNIVERSO DE ESTUDIO

El Universo es una población finita, y corresponderá a las adolescentes gestantes que ingresaron al “Hospital Provincial General Julius Doepfner” durante el período de enero del 2014 a diciembre del 2018.

3.1.4. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El número de la muestra se calcula para una población conocida, basándose en la variable de 6.8% de prevalencia de amenaza de parto pretérmino en adolescentes obtenida de un estudio realizado en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” en la ciudad Ica en Perú en el año 2017 (12), con el 95% de intervalo de confianza y un margen de error del 6.1%, se aplica la siguiente fórmula para universo finito:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q} = 116$$

- n = Tamaño de la muestra.
- N = Total de la población.
- $Z_{\alpha^2} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%).
- p = proporción esperada (en este caso $6.8\% = 0.068$).
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.068 = 0.932$).
- e^2 = Error máximo admisible.

Se trabajará con 116 adolescentes con amenaza de parto pretérmino que fueron ingresadas al Hospital Julius Doepfner de la Provincia de Zamora Chinchipe durante el período de enero del 2014 a diciembre del 2018.

3.1.5. MUESTREO

Será no probabilístico por conveniencia; usando el programa SPSS v.23. y Microsoft Excel.

3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes adolescentes de 10 a 19 años de edad que cursen con un embarazo entre 21 y 36.6 semanas de gestación.
- Pacientes que acudan al Hospital Provincial General Julius Doepfner.
- Pacientes gestantes con historia clínica completa.

Criterios de exclusión

- Pacientes gestantes menores a 10 años o mayores a 19 años de edad.
- Pacientes gestantes con un embarazo menor a 21 semanas o mayor a 36.6 semanas de gestación.
- Pacientes gestantes con historia clínica incompleta.
- Pacientes gestantes a quienes se les haya administrado o hayan ingerido oxióticos farmacológicos o naturales.

3.3. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

El punto de partida de este estudio, es la revisión bibliográfica del tema, una búsqueda general sobre la amenaza de parto pretérmino en adolescentes y las características sociales, obstétricas y patológicas que se han presentado. Se

usaron diversas fuentes bibliográficas, entre ellas Pubmed, Scielo, Science direct; datos estadísticos del INEC, MSP, OMS, OPS, entre otros. Se presentó facilidad de acceso y cobertura del tema. La búsqueda de información posibilitó calibrar el tema y conocer el déficit de información en relación a la amenaza de parto pretérmino en adolescentes que existe en la población a estudiar; del mismo modo, permitió conocer los temas e ítems utilizados en estudios previos.

Previo al inicio de la recolección de la información para este estudio, se contará con la aprobación del Comité de Investigación y Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca (Anexo 1), además durante la investigación se contará con el apoyo de un director y un asesor estadístico. En el Hospital donde se realizará la investigación se socializará el tema y se presentará una copia del proyecto de investigación a la directora del Hospital, la Dra. Ruth Yolanda Sigüenza Orellana, y se le solicitará la autorización por escrito (Anexo 2).

Posteriormente, se procederá con la recolección de los datos de la población que cumpla con los criterios requeridos tomando una muestra que será no probabilística por conveniencia. La recolección de datos del estudio, se realizará mediante la revisión de las historias clínicas. Todos los datos que se requieren para el estudio se colocarán en la Ficha para recolección de datos (Anexo 3).

3.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

En el presente estudio de acuerdo a las características analizadas no existe riesgo para las participantes. La información obtenida del presente estudio se guardará con absoluta confidencialidad; es decir, no se dará a conocer ni se publicará los datos personales de quienes formen parte del estudio.

Esta investigación se realizará después de su aprobación con el Comité Institucional de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca.

3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez obtenidos los datos requeridos, se transcribirá y analizará mediante el programa SPSS v.23., y se verificará el ingreso de los datos. Posterior a ellos se recodificará las variables de acuerdo al propósito de estudio. Una vez recodificada la base de datos se procederá a realizar el análisis descriptivo, para lo cual se tendrá en cuenta las características de las variables, para la variable nominal la

información se presentará mediante gráficos de pasteles, y para las variables numéricas la descripción se hará mediante estadísticos de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar).

3.6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente: Amenaza de parto pretérmino.

Variables independientes: Adolescencia tardía, baja escolaridad, estado civil no casada, ocupación ama de casa, etnia afroamericana, hábitos tóxicos presentes, primigesta, periodo intergenésico corto, nulípara, antecedente de aborto, parto pretérmino previo, antecedente de cesárea, número de controles prenatales inadecuado, índice de masa corporal materno bajo u obesidad, infección de vías urinarias, infección del tracto genital, infección intraamniótica, trastorno hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, anemia, antecedente de cirugía, traumatismo físico, esfuerzo físico, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple, restricción del crecimiento intrauterino, óbito fetal, polihidramnios u oligohidramnios, placenta previa, y desprendimiento placentario.

Variables intervinientes: Embarazo en la adolescencia.

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Tipo de escala	Escalas
Edad materna	Tiempo de vida de la madre en años, desde el nacimiento hasta el momento del estudio. En el caso de las adolescentes se agrupará según la clasificación de la OMS, en adolescencia temprana, media y tardía.	Cronológica	Cédula	Numérica	10-13 14-16 17-19
Instrucción	Nivel de preparación académica alcanzado por la adolescente.	Socio-cultural	Cédula	Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Superior
Estado civil	Condición social de la adolescente como parte de una pareja.	Social	Cédula	Nominal	Soltera Viuda Divorciada Casada Unión libre

Ocupación	Actividad, remunerada o no, a la que se dedica la adolescente al momento del estudio.	Socio-económica	Historia clínica	Nominal	Quehaceres domésticos Estudia Trabaja
Etnia	Cada uno de los grupos étnicos en que se suele dividir la especie humana teniendo en cuenta ciertas características físicas distintivas.	Antropológica	Historia clínica	Nominal	Blanco Indígena Mestizo Negro Otros
Hábitos tóxicos	Consumo de alguna sustancia dañina para la salud y que a veces resulta difícil de superar a pesar de tener conocimiento del peligro que su utilización ocasionaría.	Socio-cultural	Historia clínica	Nominal	Tabaco Drogas Alcohol Ninguno
Gestas	Embarazos anteriores.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Primigesta Segundigesta Tercigesta Multigesta Granmultigesta
Período Intergenésico	Intervalo de tiempo entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento del siguiente.	Fisiológica	Historia clínica	Numérica	< 24 SG > 24 SG
Paridad	Número de partos que haya tenido anteriormente.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Nulípara Primípara Segundípara Tercípara Multípara Granmultípara
Abortos	Expulsión o extrusión de un embrión o feto no viable menor de 20 semanas, y/o menor de 500 gramos.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Parto pretérmino	Parto ocurrido antes de las 37 semanas de gestación.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Cesáreas	Extracción del feto, placenta y membranas ovulares, a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina, realizada previo al embarazo actual.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Edad gestacional	Edad de un embrión, feto o recién nacido, calculado desde el primer día de la última menstruación.	Fisiológica	Historia clínica	Numérica	21-27,6 SG 28-31,6 SG 32-33,6 SG 34-36.6 SG

Controles prenatales	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto ocurra en óptimas condiciones. Se valora la eficacia de la atención prenatal mediante el índice de Kessner	Socio-económica	Historia clínica	Ordinal	Adecuado Intermedio Inadecuado
Índice de masa corporal	Índice sobre la relación entre el peso de la madre y la altura.	Fisiológica	Historia clínica	Ordinal	Bajo Adecuado Elevado
Infección de vías urinarias	Infección que se produce en cualquier parte del aparato urinario: los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Infección cervico-vaginal	Presencia de un microorganismo patógeno en el endocervix y/o la vagina.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Infección Intraamniótica	La infección intraamniótica es la infección del corion, el amnios, el líquido amniótico, la placenta o una combinación.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Síndrome de TORCH	Es una infección materna que afecta al feto; es un conjunto de síntomas y signos que presenta tanto el feto como el recién nacido de forma congénita y que es producida por agentes infecciosos que se han agrupado bajo las siglas TORCH (de las iniciales en inglés de toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y VIH).	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Hipertensión gestacional	Incremento sostenido de la presión arterial por encima de 139/90 mmHg durante el embarazo sin hipertensión previa.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Diabetes gestacional	Incremento de los niveles de glucosa en sangre asociado al embarazo.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Anemia	Bajo nivel de hemoglobina o glóbulos rojos.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Cirugía no obstétrica	Procedimiento quirúrgico que pueden relacionarse con la	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No

	gestación, de forma directa (cerclaje cervical, patología mamaria) o indirecta (cistectomía de ovario, cirugía fetal), o puede no estarlo (apendicectomía, cirugía por trauma).				
Traumatismo físico	Situación que causa daño físico al cuerpo.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Esfuerzo físico	Conductas tanto físicas como psíquicas con el objetivo de satisfacción a los requerimientos que se le exigen.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Rotura prematura de membranas	Salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares después de las 20 semanas de gestación y al menos una hora antes del inicio del trabajo de parto.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Embarazo múltiple	Embarazo en el que se desarrolla más de un feto.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Malformación congénita	Alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Restricción del crecimiento intrauterino	Peso fetal que está por debajo del percentil 10 para la edad gestacional determinada a través de una ecografía.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Óbito fetal	Muerte fetal que ocurre en un embarazo tardío; es decir mayor a 28 semanas.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Poli-hidramnios	Aumento de líquido amniótico > a 2 litros o índice de líquido amniótico > a 18 mm alrededor del feto antes de que este nazca.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Oligo-hidramnios	Volumen deficiente de líquido amniótico, con índice de líquido amniótico menor o igual a 5 cm.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Placenta previa	Placenta de baja implantación que obstruye de manera total o parcial el cuello uterino.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
Desprendimiento placentario	Separación de la placenta parcial o completa de la pared interna del útero antes del parto.	Fisiológica	Historia clínica	Nominal	Si No
<i>OMS: Organización Mundial de la Salud, SG: Semanas de Gestación.</i>					

4. ACTIVIDADES Y FINANCIAMIENTO

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2018	2019				
	Agosto	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Inscripción del tema de tesis						
Aprobación del comité de bioética						
Aprobación de institución de estudio						
Recolección de información						
Informe de trabajo de titulación						
Sustentación de tesis						

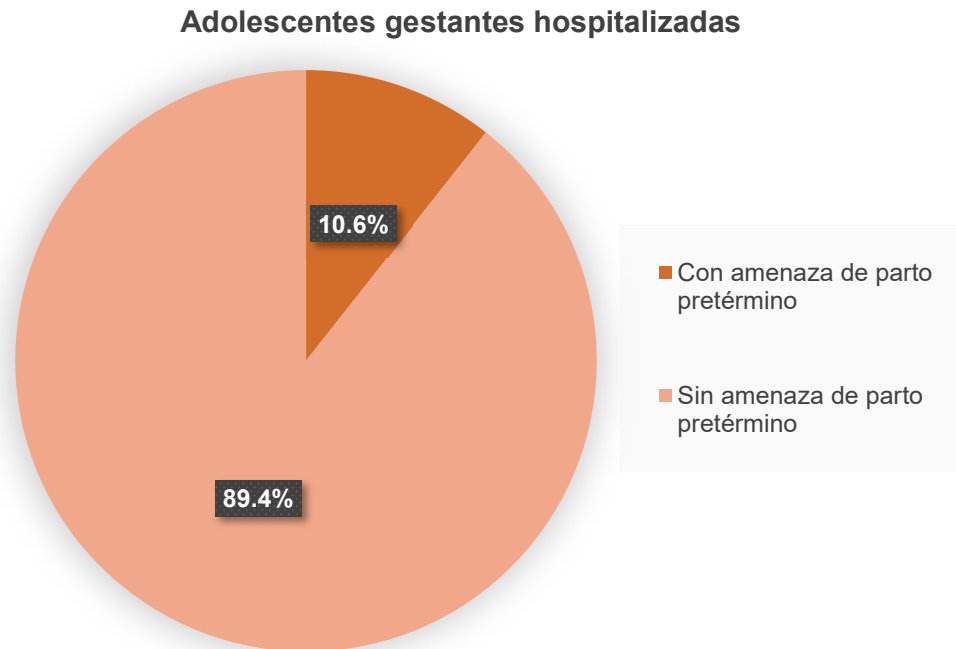
Presupuesto

INGRESOS		EGRESOS	
Aportes de institución de apoyo	\$ 0.00	Honorarios especiales de los investigadores	\$ 0.00
Recursos propios	\$ 450.00	Asesorías	\$ 0.00
		Internet	\$ 100.00
		Libros y papelería	\$ 100.00
		Transporte (interprovincial)	\$ 250.00
		Material didáctico	\$ 0.00
		Transcripción de documentos	\$ 0.00
		Otros gastos	\$ 0.00
Total			\$ 450.00

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Gráfico 1. Prevalencia de amenaza de parto pretérmino en las adolescentes que ingresaron al Hospital Julius Doepfner en Zamora durante el período de enero de 2014 a diciembre de 2018.



Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Julius Doepfner.

Elaborado por: María Verónica Matovelle Vera.

Análisis:

En el gráfico observamos que el porcentaje de adolescentes embarazadas con amenaza de parto pretérmino es del 10.6% y el resto de adolescentes gestantes no presentó amenaza de parto pretérmino.

Tabla 2. Características sociales de las adolescentes que ingresaron al Hospital Julius Doepfner en Zamora durante el período de enero de 2014 a diciembre de 2018.

		Recuento	% del N de columna
EDAD X=17±2	-10 A 13 AÑOS	1	0,9%
	-14 A 16 AÑOS	43	37,1%
	-17 A 19 AÑOS	72	62,1%
INSTRUCCIÓN	-PRIMARIA	84	72,4%
	-SECUNDARIA	32	27,6%
ESTADO CIVIL	-SOLTERA	56	48,3%
	-CASADA	4	3,4%
	-UNIÓN LIBRE	56	48,3%
OCUPACIÓN	-AMA DE CASA	73	62,9%
	-ESTUDIANTE	41	35,3%
	-TRABAJADORA	2	1,7%
ETNIA	-BLANCO	1	0,9%
	-INDÍGENA	17	14,7%
	-MESTIZO	98	84,5%
HÁBITOS TÓXICOS	-FUMA	0	0,0%
	-DROGAS	0	0,0%
	-ALCOHOL	1	0,9%
	-NINGUNO	115	99,1%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Julius Doepfner.

Elaborado por: María Verónica Matovelle Vera.

Análisis:

La edad media de las adolescentes con amenaza de parto pretérmino fue de 17±2 años, y en el grupo etario las más afectadas fueron las adolescentes entre 17 a 19 años de edad en el 62.1%, seguido de las gestantes entre 14 a 16 años en el 37.1% y las gestantes entre 10 a 13 años en el 0.9%. El nivel de instrucción que alcanzó la primaria fue el 72.4% y llegó hasta la secundaria el 27.6%. El estado civil soltera y en unión libre se presentaron en igual porcentaje, los que fueron de 48.3% y 48.3% respectivamente, mientras que las casadas representaron el 4%. La ocupación de la mayoría de las adolescentes fueron los quehaceres domésticos en el 62.9%, seguido de las gestantes estudiantes en el 35.3% y se dedicó a trabajar el 1.7%. La etnia que mayormente se presentó con amenaza de parto pretérmino fue la mestiza en el 84.5%, seguida de la indígena (shuar) en el 14.7% y blanca en el 0.9%. Entre los hábitos tóxicos solo 1 paciente consumía alcohol y representó el 0.9%.

Tabla 3. Características ginecológicas de las adolescentes que ingresaron al Hospital Julius Doepfner en Zamora durante el período de enero de 2014 a diciembre de 2018.

			Recuento	% del N de columna
NÚMERO DE GESTAS PREVIAS	-PRIMIGESTA		85	73,3%
	-SEGUNDIGESTA		27	23,3%
	-TERCIGESTA		2	1,7%
	-MULTIGESTA		1	0,9%
	-GRAN MULTIGESTA		1	0,9%
NÚMERO DE PARTOS PREVIOS	-NULÍPARA		100	86,2%
	-PRIMÍPARA		14	12,1%
	-SEGUNDÍPARA		0	0,0%
	-TERCÍPARA		2	1,7%
	-MULTÍPARA		0	0,0%
	-GRAN MULTÍPARA		0	0,0%
PERÍODO INTERGENÉSICO	-MENOR A 24 MESES		16	13,8%
	-MAYOR A 24 MESES		9	7,8%
	-NO APLICA		91	78,4%
FINALIZACIÓN ANÓMALA DE GESTAS PREVIAS	-ABORTOS	SI	11	9,5%
		NO	105	90,5%
	-PARTOS	SI	2	1,7%
	PRETÉRMINO	NO	114	98,3%
	-CESÁREAS	SI	6	5,2%
		NO	110	94,8%
EDAD GESTACIONAL $X=33,3\pm 3,7$	-21 A 27,6 SEMANAS		21	18,1%
	-28 A 31,6 SEMANAS		6	5,2%
	-32 A 33,6 SEMANAS		16	13,8%
	-34 A 36,6 SEMANAS		73	62,9%
CONTROLES PRENATALES $X=4\pm 2$	-ADECUADO		17	14,7%
	-INTERMEDIO		56	48,3%
	-INADECUADO		43	37,1%
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	-BAJO		4	3,4%
	-ADECUADO		106	91,4%
	-ELEVADO		2	1,7%
	-NO VALORADO		4	3,4%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Julius Doepfner.

Elaborado por: María Verónica Matovelle Vera.

Análisis:

Entre los antecedentes gestacionales, era primigesta el 73.3%, seguido de las segundigestas en el 23.3%, tercigestas en el 1.7%, multigestas en el 0.9% y gran multigestas en el 0.9%; y entre las pacientes que presentaron una gesta previa a la gestación actual, el período intergenésico fue menor a 24 meses en el 13.8% y mayor a 24 meses en el 7.8%, y en el resto de gestantes que representan el 78.4% no aplicaba esta variable. En los antecedentes de partos fue nulípara el 86.2%, primípara el 12.1% y tercípara el 1.7%. En las adolescentes con finalización anómala de sus gestas anteriores se presentaron abortos en el 9.5%, partos

pretérmino en el 1.7% y cesáreas el 5.2%. La edad media gestacional fue de 33.3 ± 3.7 semanas; y la edad fetal correspondía mayormente a las 34 a 36.6 semanas en el 62.9%, seguido de las 21 a 27.6 semanas en el 18.1%, de 32 a 33.6 semanas en el 13.8% y 28 a 31.6 semanas en el 5.2%. La media del número de controles prenatales fue de 4 ± 2 ; y según el índice de Kessner tuvieron un control intermedio el 48.3%, inadecuado el 37.1% y adecuado el 14.7%. El índice de masa corporal fue adecuado en el 91.4%, bajo en el 3.4%, el 3.4% no se valoró por causas clínicas o por insuficientes controles prenatales y fue elevado en el 1.7%.

Tabla 4. Características patológicas de las gestantes adolescentes que ingresaron al Hospital Julius Doepfner en Zamora durante el período de enero de 2014 a diciembre de 2018.

			Recuento	% del N de columna
INFECCIONES MATERNAS	-INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	SI	57	49,1%
		NO	59	50,9%
	-INFECCIÓN CERVICO-VAGINAL	SI	45	38,8%
		NO	71	61,2%
	-INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA	SI	2	1,7%
	NO	114	98,3%	
PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS	-TRANSTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO		5	4,3%
	-DIABETES GESTACIONAL		0	0,0%
	-ANEMIA		24	20,7%
	-NINGUNA		87	75,0%
FACTORES EXTERNOS TRAUMÁTICOS	-CIRUGÍA NO OBSTÉTRICA		1	0,9%
	-TRAUMATISMO FÍSICO-EMOCIONAL		4	3,4%
	-ESFUERZO FÍSICO		4	3,4%
	-RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		8	6,9%
	-NINGUNO		99	85,3%
ALTERACIONES FETALES	-EMBARAZO MÚLTIPLE	SI	3	2,6%
		NO	113	97,4%
	-RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	SI	2	1,7%
		NO	114	98,3%
	-ÓBITO FETAL	SI	4	3,4%
	NO	112	96,6%	
ALTERACIONES DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	-POLIHIDRAMNIOS		0	0,0%
	-OLIGOHIDRAMNIOS		3	2,6%
	-NINGUNA		113	97,4%
COMPLICACIONES PLACENTARIAS	-PLACENTA PREVIA		0	0,0%
	-DESPRENDIMIENTO		1	0,9%
	-NINGUNO		115	99,1%

Fuente: Historias clínicas del Hospital Provincial General Julius Doepfner.

Elaborado por: María Verónica Matovelle Vera.

Análisis:

Las infecciones maternas que se presentaron fueron en primer lugar las infecciones de vías urinarias que se presentaron en el 49.1%, seguido de las infecciones cervico-vaginales en el 38.8% y las infecciones intraamnióticas en el 1.7%. Las patologías maternas que se encontraron fueron la anemia en el 20.7% y los trastornos hipertensivos del embarazo en el 4.3%. Los factores externos a los que se expusieron algunas pacientes fueron principalmente la ruptura prematura de membranas en el 6.9%, realizó un esfuerzo físico el 3.4%, presentó un traumatismo

físico-emocional el 3.4%, y tuvo una cirugía no obstétrica el 0.9%. Las alteraciones fetales encontradas fueron el óbito fetal en el 3.4%, seguido del embarazo múltiple en el 2.6% y restricción del crecimiento intrauterino en el 1.7%. Las alteraciones del líquido amniótico que se presentaron fue el oligohidramnios en el 2.6%. La única anomalía placentaria que se encontró fue el desprendimiento placentario en el 0.9%.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En esta investigación se presentó una prevalencia de 10.6% de adolescentes con amenaza de parto pretérmino (APP). Estudios realizados en otros países muestran valores inferiores; como es el caso de Cobán en Guatemala en donde la APP se presentó en el 4.62% (9), en las ciudades de Ica y de Lima en Perú se presentó en el 6.8% (10) y en el 10% respectivamente (11). Estudios realizados en Ecuador, muestran valores que varían del 1.3% en la ciudad de Loja (12), al 11.9% presentado en la ciudad de Pasaje (13).

Estudios han demostrado que la edad materna extrema es un factor de riesgo del parto prematuro (21), y las adolescentes forman parte de este grupo. La edad media de las adolescentes con APP fue de 17 ± 2 años; es decir, aquellas que cursan una adolescencia tardía, la cual está entre los 17 a 19 años y que estuvo afectada en el 62.1%. Otros estudios corroboran que este grupo de jóvenes es más vulnerable, siendo en Latacunga en el 76% (14), en Yaguachi Nuevo el 65% (17), e incluso en otros países, como en una ciudad de Cuba en donde afectó al 60% (16). La etapa de la adolescencia tardía puede verse afectada porque en ella ya culmina el crecimiento y madurez física; pero no aún la madurez psíquica y cognitiva (65).

El nivel de instrucción alcanzado en la mayoría fue la primaria en el 72.4% y culminó la secundaria el 27.6%. Se encontraba estudiando el 35.3%. En otras localidades ecuatorianas, la mayoría si culminó la secundaria, como en la ciudad de Yaguachi Nuevo el 55% (17), o en Latacunga el 79% (14). Es importante buscar los principales problemas en donde podrían intervenir tanto el sistema de salud como el educativo, para evitar el embarazo durante la escolaridad; y sobre todo mediar con la familia que son aquellos que apoyan o desamparan en sus estudios a este grupo vulnerable. La ocupación de la mayoría de las adolescentes fue ser ama de casa en el 62.9%. En otras ciudades también predominaron las amas de casa, como en Latacunga en el 43% (14), y en Naranjal en el 63% (18).

El estado civil con predominio fue en igual porcentaje en las madres solteras y en unión libre, los que fueron de 48.3% y 48.3% respectivamente, mientras que las casadas representaron el 4%. En otros estudios se observa poca variación respecto a esta investigación. En Ambato el 67% fueron solteras (15); mientras que estuvo

en unión libre el 58% de gestantes en Latacunga (14), el 45% en Cuba (16) y el 73% en Naranjal (18).

La etnia de las gestantes que más acudieron fue la etnia mestiza en el 84.5%, seguida de la indígena (shuar) en el 14.7% y la blanca en el 0.9%. Similares porcentajes se encuentran en otras ciudades como en Latacunga con un 84% de adolescentes mestizas (14) y Naranjal un 77.1% (18).

Entre los hábitos tóxicos, el 99.1% no presentaba ninguno; sin embargo, una paciente en el estudio consumía alcohol. Es beneficioso saber que la mayoría de adolescentes no presentaba problemas en este tema. Otras ciudades también presentan índices bajos, pero presentes en el consumo de estas sustancias perjudiciales; como Ambato en donde el 4% consumía drogas (15), o en Naranjal donde el 5% consumía drogas, el 10% consumía alcohol y el 1.4% fumaba (18).

En los antecedentes de gestaciones se presentó que el 73.3% era primigesta, seguido de las segundigestas en el 23.3%, tercigestas 1.7%, multigestas 0.9% y gran multigestas el 0.9%. Lo cual indica que casi un cuarto de adolescentes aún después de su primera gesta muy probablemente no ha tenido una planificación familiar adecuada. En los antecedentes de partos el 86.2% fue nulípara, el 12.1% fue primípara y el 1.7% tercípara; en otras ciudades del Ecuador también hay predominio de gestantes adolescentes nulíparas como en el 76% de Latacunga (14) y el 79% de Ambato (15).

Entre las gestantes presentó antecedente de aborto el 9.5%, cesárea el 5.2% y parto pretérmino el 1.7%. En otras ciudades se presenta el aborto en similar proporción como en Latacunga en el 10% (14), y en el Naranjal en el 11% (18).

La edad gestacional media corresponde a las 33.3 ± 3.7 semanas. El predominio de amenazas fue entre los fetos cuya edad corresponde a la de los prematuros tardíos; es decir, entre las 34 a 36.6 semanas en el 62.9%; dato que reafirma la mayor incidencia a esta edad fetal en estudios realizados en otras ciudades como en el Naranjal donde se presentó el 65% también entre las 32 y 36 semanas (18).

La media del número de controles prenatales (CPN) corresponde a 4 ± 2 ; y según el índice de Kessner tuvieron un control intermedio el 48.3%, inadecuado el 37.1% y adecuado el 14.7%. Se pone en manifiesto que las gestantes no recibieron los controles médicos necesarios; por lo que se recomienda investigar los posibles

motivos de este problema. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador define que debe tenerse durante todo el embarazo un mínimo de 5 CPN (66). En varios trabajos realizados, se clasifica este parámetro como aquellas gestantes que tuvieron menos de 5 CPN o más de 5 CPN (14,15). Sin embargo, no se ha adecuado el número de CPN a la edad gestacional.

Las complicaciones que se presentan durante la gestación de las adolescentes aumentan el riesgo de un parto prematuro; entre estas se encuentran:

Las infecciones maternas: las infecciones de vías urinarias (IVU) se presentaron en el 49.1%, las cervico-vaginales en el 38.8% y las intraamnióticas en el 1.7%. En otros estudios esta frecuencia puede ser similar (15) o variar con mayor incidencia de infecciones genitales seguidas de las IVU (16,18), y en una minoría llega a perjudicar el corión (15).

Las patologías maternas encontradas fueron la anemia en el 20.7% y los trastornos hipertensivos del embarazo en el 4.3%, no se encontró más patologías. La anemia se presenta de forma semejante en otras publicaciones (14); mientras que los trastornos hipertensivos son más altos en otros estudios con valores que varían del 16 y alcanzan hasta el 40% (14–16).

Los factores externos se presentaron en pocas pacientes; siendo la ruptura prematura de membranas la que surgió mayormente con el 6.9%; sin embargo, es una incidencia baja en comparación con otras poblaciones en las cuales varía desde el 18 al 50% (14,15,17). En menor magnitud se ingresó pacientes que realizaron esfuerzo físico 3.4%, con un traumatismo físico-emocional 3.4%, y cirugía no obstétrica el 0.9%.

En pocas adolescentes se encontraron alteraciones no maternas; como la muerte fetal en el 3.4%, el embarazo múltiple en el 2.6%, la restricción del crecimiento intrauterino en el 1.7%; el oligohidramnios en el 2.6%; y el desprendimiento placentario en el 0.9%. No se presentaron otras alteraciones dependientes del feto, líquido amniótico o de la placenta. Todas estas patologías se presentaron en un mínimo de pacientes.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia de la amenaza de parto pretérmino en las adolescentes internadas en el Hospital General Provincial Julius Doepfner de la ciudad de Zamora se presentó en el 10.6%.
- Las pacientes más habituales fueron aquellas que cursaban la adolescencia tardía, solteras o en unión libre, de instrucción básica, amas de casa y de etnia mestiza.
- Las adolescentes más afectadas fueron las primigestas nulíparas que cursaban un embarazo de 34 a 36.6 semanas y que llevaban un control prenatal intermedio.
- Las principales patologías que surgieron fueron las infecciones de vías urinarias, seguidas de las infecciones genitales y en menor cantidad la anemia.

7.2. RECOMENDACIONES

- Debido al alto índice de embarazos en adolescentes se recomienda un manejo más complejo multidisciplinario en nutrición, psicología y planificación familiar por parte del Ministerio de Salud y las instituciones educativas.
- Se recomienda incrementar en los Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública los tamizajes y manejo de infecciones uro-genitales que son muy frecuentes en este grupo de pacientes.
- Se recomienda que en personal de salud y educativo concientice a los padres y a los adolescentes sobre la importancia y gran problema que genera el tener un embarazo en tan temprana edad y los riesgos materno-fetales que se presentan.
- Se recomienda realizar estudios por parte del personal de salud acerca de los principales motivos por los que las gestantes adolescentes no se realizan un control prenatal adecuado.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez M. Codificación de la categoría O60 Trabajo de parto prematuro [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2018. Disponible en: <http://www.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/item/891-foro-becker-codificacion-de-la-categoria-o60-trabajo-de-parto-prematuro>
2. Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2017 [Internet]. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2018. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf
3. Adolescent pregnancy [Internet]. World Health Organization. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
4. Alouini S, Randriambololona D, Randriamboavonjy R. Risk factors of teenage pregnancies, deliveries and post-partum in the department of Loiret [Internet]. Vol. 44. 2015.
5. Calle T, Camacho R. Causas y frecuencia de aborto y amenaza de parto pretermino en pacientes atendidas en el Hospital Cantonal de Yantzaza de la Provincia de Zamora Chinchipe en el período 2005-2007. Universidad Nacional de Loja. 2009;106.
6. Quishpe A, Ramirez R. Prevalencia de amenaza de parto prematuro en pacientes que acuden al servicio de emergencia entre las edades 15-25 años del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán. Quito. 2012;59.
7. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. 5 de enero de 2008;371(9606):75-84.
8. Lang CT, Iams JD. Goals and strategies for prevention of preterm birth: an obstetric perspective. Pediatr Clin North Am. 2009;56(3):537-63.
9. Cuz-Chen A. Complicaciones obstétricas en adolescentes embarazadas, ingresadas en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán, A.V. del año 2009 al 2013 [Internet]. [Cobán, Guatemala]: Universidad Rafael Landívar; 2016.
10. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. enero de 2016;62(1):13-8.
11. Casado E. Prevalencia de las complicaciones maternas en adolescentes en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital de supe «Laura Esther Rodríguez Dulanto» durante los años 2013-2017 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.

12. Ordoñez P. Factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino en adolescentes embarazadas primigestas atendidas en el Hospital Isidro Ayora en el periodo febrero-agosto 2016. 2017.
13. Ordoñez-Ochoa M. Complicaciones maternas en el embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Básico San Vicente de Paul de Pasaje - El Oro [Internet]. [Loja, Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2017.
14. Pérez M. Factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes del Hospital Provincial General Latacunga en el mes Noviembre 2015 - Abril 2016 [Internet]. [Ambato]: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017.
15. Tricerri L. Prevención de los factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino en mujeres entre 15 a 20 años de edad en el Hospital General IESS Ambato en el período de octubre 2015 - febrero 2016 [Internet]. [Ambato, Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017.
16. Henry FG, Sánchez BR, Botell ML, Palacio MA. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 22 de diciembre de 2017;43(3).
17. Franco-Coffre JA. Factores maternos que inciden en amenaza de parto pretérmino en adolescentes gestantes del cantón San Jacinto de Yaguachi. Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 4 de julio de 2018;3(2):79-84.
18. Pilco S. Factores de riesgo en la amenaza de parto pretérmino en adolescentes, Hospital Básico Naranjal, 2017. [Internet]. [Milagro, Ecuador]: Universidad Estatal de Milagro; 2019.
19. Palacios DC, Astudillo CE. Amenaza de Parto Pretérmino en la Fundación Humanitaria "Pablo Jaramillo" (Cuenca, Ecuador) y el Hospital "San Juan de Dios" (Cauquenes, Chile). Revista Médica HJCA. 10 de septiembre de 2014;6(2):149-51.
20. Ortiz A, Flores S, Gómez J, Ríos B. Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pretérmino. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;76.
21. Gilbert W, Jandial D, Field N, Bigelow P, Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies. J Matern Fetal Neonatal Med. noviembre de 2004;16(5):265-70.
22. Manrique R, Rivero A, Ortunio M, Rivas M, Cardozo R, Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. septiembre de 2008;68(3):141-3.
23. Mascaro P, Alcarado C. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú: Instituto nacional materno perinatal; 2010.
24. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year

- 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*. 9 de junio de 2012;379(9832):2162-72.
25. Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE. Born Too Soon: Preterm birth matters. *Reprod Health*. 15 de noviembre de 2013;10(Suppl 1):S1.
 26. Martínez A, Diago V. Manejo de la amenaza de parto pretérmino. En: *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Panamericana; 2014.
 27. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 17 de diciembre de 2016;388(10063):3027-35.
 28. WHO | World Prematurity Day 2016 [Internet]. WHO. [citado 8 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/life-course/news/events/world-prematurity-day-2016/en/>
 29. Quirós González G, Alfaro Piedra R, Bolívar Porras M, Solano Tenorio N. Amenaza de Parto Pretérmino. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD* [Internet]. 2 de febrero de 2016;6(1).
 30. Control prenatal. Guía de practica clínica. [Internet]. Primera. Quito: Dirección de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
 31. Guías de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Perú: Ministerio de Salud Instituto Nacional Materno Perinatal; 2014.
 32. Di Marco I, Asprea I. Amenaza de parto pretérmino, atención de parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Argentina; 2015.
 33. Puerta N. Guía de práctica clínica de Amenaza de Parto Pretérmino. Bogotá. 2014;
 34. García A, Sánchez S, González P. Embarazo adolescente: resultados obstétricos. *Revista del Hospital Juárez de México*. 2017;84(1):8-14.
 35. Karataşlı V, Kanmaz AG, İnan AH, Budak A, Beyan E. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. mayo de 2019;48(5):347-50.
 36. Azevedo WF de, Diniz MB, Fonseca ESVB, Azevedo LMR de, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. diciembre de 2015;13(4):618-26.
 37. La educación es esencial en la prevención de los embarazos en la adolescencia [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2017 [citado 4 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/education_critical_in_preventing_adolescent_pregnancy/
 38. Recalde M. Factores maternos que inciden en la amenaza de parto pretérmino en pacientes adolescentes que ingresan al centro de maternidad del servicio

de ginecología y obstetricia del Hospital Provincial General Latacunga en el mes noviembre 2012 - abril del 2013 [Internet]. [Ambato, Ecuador]: Universidad Técnica de Ambato; 214d. C.

39. Taboada Aguirre E, Manzanera Balderas E, Dávalos Torres MM. Condición laboral asociada a complicaciones en el embarazo en noreste de México. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. diciembre de 2014;60(237):612-9.
40. Centers for Disease Control and Prevention. Consumo de alcohol durante el embarazo [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2017 [citado 9 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/alcohol-use.html>
41. Reina C, Rodríguez O. Embarazo y hábitos tóxicos: consecuencias en la gestante y el neonato [Internet]. [Barcelona, España]: Universitat Pompeu Fabra; 2014.
42. El tabaquismo y el embarazo: comprende los riesgos [Internet]. Mayo Clinic. 2018 [citado 9 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/smoking-and-pregnancy/art-20047021>
43. Uso de drogas ilegales y embarazo [Internet]. Stanford Children's Health. 2014 [citado 9 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=illegaldruguseandpregnancy-85-P04306>
44. Cobo B. Protocolo: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. *Universitat de Barcelona*. 2015;1-13.
45. Shahabuddin ASM, Delvaux T, Abouchadi S, Sarker M, Brouwere VD. Utilization of maternal health services among adolescent women in Bangladesh: A scoping review of the literature. *Tropical Medicine & International Health*. 2015;20(7):822-9.
46. Wallace J. Competition for nutrients in pregnant adolescents: consequences for maternal, conceptus and offspring endocrine systems. *The Journal of Endocrinology*. 1 de julio de 2019;242(1):1-19.
47. Guzmán-Mercado E, Vásquez-Garibay EM, Troyo-Sanroman R, Romero-Velarde E. Food habits in Mexican pregnant adolescents according to their civil status. *Nutricion Hospitalaria*. 25 de marzo de 2016;33(2):94.
48. Fernández Alba JJ, Paublete Herrera M del C, González Macías M del C, Carral San Laureano F, Carnicer Fuentes C, Vilar Sánchez Á, et al. Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. *Nutrición Hospitalaria*. 29 de noviembre de 2016;33(6).
49. Rodríguez D, Morales V, Escudero R, Arévalo D, Cabrera L. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicentrico. *Trujillo metropolitano*, 2011-2013. *UCV-SCIENTIA*. 2014;6(2).

50. Castro SK. Factores socio-económicos y culturales de las adolescentes con amenaza de parto pretérmino que acuden al Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, durante el período de junio a octubre del 2013 [Internet]. [Loja, Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2013.
51. López-Collada Estrada M, Olvera-Martínez R. Cirugía laparoscópica de urgencia en el tercer trimestre de gestación y su manejo anestésico. Experiencia de un hospital general. *Cirugía y Cirujanos*. 1 de septiembre de 2016;84(5):429-33.
52. Parodi K, José S. Acortamiento cervical y su relación con parto pretérmino. *Revista Facultad de Ciencias Médicas*. 28 de mayo de 2018;26-35.
53. Marković S, Bogdanović G, Cerovac A. Premature and preterm premature rupture of membranes in adolescent compared to adult pregnancy. *Med Glas (Zenica)*. 2 de enero de 2020;17(1).
54. García-de la Torre J, Delgado-Rosas A, González-Cantú G. Frecuencia de corioamnionitis histológico con ruptura prematura de membranas. *Revista Ginecología y Obstetricia de México*. octubre de 2014;82:791-5.
55. Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM. Tintinalli. *Medicina de urgencias*, 8e [Internet]. 2018 [citado 3 de septiembre de 2019].
56. Lanza GE, Morazán AFD, Batchvaroff MB, González CH, Guevara I, Lagos S, et al. Caracterización del nacimiento pretérmino en embarazadas atendidas en el hospital materno infantil. *Archivos de medicina*. 30 de marzo de 2017;13(1):7.
57. Sante-Farfán G, Silva-Rado E. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue, Tacna 2013-2015. *Acta médica Peruana*. junio de 2016;33(2):165.
58. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales Guía de práctica clínica [Internet]. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/GPC_anomalias_de_insercion_placentaria_2017.pdf
59. Higuera G, Diago V. Diagnóstico y prevención de la amenaza de parto pretérmino. En: *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Panamericana; 2014.
60. López-Ocaña LR, Palacios-Torres F, Coreño-Juárez MO, Obando-Izquierdo DA, Krug-Llamas E, Villanueva-Romero RR, et al. Utilidad de una prueba cualitativa para la detección de fibronectina fetal en secreción cervicovaginal como predictor de parto prematuro. *Perinatología y Reproducción Humana*. 1 de diciembre de 2015;29(4):136-42.

61. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. [citado 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
62. Breinbauer C. Jóvenes: opciones y cambios, promoción de conductas saludables en los adolescentes. Washington DC: OPS; 2008.
63. Freitez L. Comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes. Venezuela. 2000.
64. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G, Monzón L. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de posgrado de la vía catedra de Medicina. 2006;(153).
65. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista chilena de pediatría. 2 de septiembre de 2015;86(6):436-43.
66. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control prenatal Guía de Práctica Clínica [Internet]. Dirección Nacional de Normatización MSP. Quito, Ecuador; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec>

9. ANEXOS

Anexo 1.

CERTIFICADO DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 30/9/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en la amenaza de parto pretérmino de las adolescentes internadas en el Hospital Julius Doepfner, Zamora, enero 2014 - diciembre 2018.

Trabajo de titulación realizado por María Verónica Matovelle Vera

Código: Ma01PreME22



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Flores Montesinos'.

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

Anexo 2.

**AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL
JULIUS DOEPFNER**



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 10 de julio de 2019.

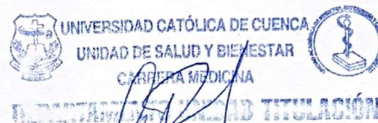
**Señora Doctora
Ruth Yolanda Sigüenza Orellana
DIRECTORA DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, ZAMORA
Su despacho. -**

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina MATOVELLE VERA MARIA VERONICA con CI: 0106138001, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN LAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER, ZAMORA, ENERO - DICIEMBRE DEL 2018". La Investigación será dirigida por el DR. ESTEBAN PATRICIO PADRON MARTINEZ, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA/ ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTERICIA.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

**Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec**



Hospital General Julius Doepfner

Oficio Nro. MSP-CZ7-HGJD-2019-0305-O

Zamora, 18 de julio de 2019

Asunto: AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Licenciada
Carem Francelys Prieto Fuenmayor
En su Despacho

De mi consideración:

Mediante el presente me dirijo a su persona para brindar atención a su comunicación recibida con fecha 15 de julio de 2019, mediante el cual solicita autorización para el trabajo de titulación de la Interna Rotativa de Medicina MARIA VERONICA MATOVELLE VERA, y en base al criterio jurídico y en cumplimiento a lo establecido en el Art. 347 numeral 11 de la Constitución de la República en concordancia al Art. 4 de la Ley Orgánica de Educación Superior y con la finalidad de garantizar el proceso de titulación de la estudiante de la carrera medicina MARIA VERONICA MATOVELLE VERA, se AUTORIZA la realización del trabajo investigativo, quien estará bajo la supervisión del Director del Hospital subrogante, para lo cual se deberá coordinar con el tutor que se encuentre a cargo de la estudiante, en su calidad de docente de la Universidad Católica de Cuenca, la información que se proporcionará a la estudiante será única y exclusivamente Reporte, Edad, Sexo y Diagnóstico, es decir de manera general.

Es importante recordar, que bajo ningún concepto se puede otorgar nombre o apellidos como historiales clínicos de los pacientes, en cumplimiento a lo dispuesto al Art. 7 literal f) de la Ley Orgánica de Salud, sin embargo, si dicha estudiante obtiene la autorización suscrita por el paciente o familiares debidamente comprobado podrán acceder a los mismos.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

Art. 347.-Será responsabilidad del Estado:

11. Garantizar la participación activa de estudiantes, familias y docentes en los procesos educativos.

LEY ORGÁNICA DE EDUCACIÓN SUPERIOR.

Art. 4.- Derecho a la Educación Superior.-

El derecho a la educación superior consiste en el ejercicio efectivo de la igualdad de oportunidades, en función de los méritos respectivos, a fin de acceder a una formación académica y profesional con producción de conocimiento pertinente y de excelencia.

Las ciudadanas y los ciudadanos en forma individual y colectiva, las comunidades, pueblos y nacionalidades tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo superior, a través de los mecanismos establecidos en la Constitución y



Hospital General Julius Doepfner

Oficio Nro. MSP-CZ7-HGJD-2019-0305-O

Zamora, 18 de julio de 2019

esta Ley.

LEY ORGÁNICA DE SALUD.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis; (el subrayado y negritas me pertenece).

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Ledo. Fausto Guillermo Aguirre Guerrero
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER, SUBROGANTE



Referencias:

- MSP-CZ7 HGJD-ATH-2019-0111-M

Anexos:

- solicitud_carem_prieto.pdf

sa

Anexo 3.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y FORMULARIO LLENO

		Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	Edad	Nº																
		10 a 13 años																
		14 a 16 años																
	Instrucción	17 a 19 años																
		Ninguno																
		Primaria																
		Secundaria																
	Estado civil	Superior																
		Soltera																
		Viuda																
		Casada																
		Divorciada																
	Ocupación	Unión libre																
		Ama de casa																
		Estudiante																
	Identidad étnica	Trabajadora																
		Blanco																
		Indígena																
Mestizo																		
Negro																		
Hábitos tóxicos	Otros																	
	Fuma																	
	Drogas																	
VARIABLES GINECO-OBSTÉTRICAS	Antecedentes gineco-obstétricos	Alcohol																
		Gestas Previas	Primigesta															
			Segundigesta															
			Tercigesta															
			Multigesta															
	Paridad	Gran multigesta																
		Nulípara																
		Primípara																
		Segundípara																
		Tercípara																
	PIG	Multípara																
		Gran multípara																
	Finalización de gestas previas	< a 24 meses																
		> a 24 meses																
		Abortos																
	Gestación actual	Partos pretérmino																
		Cesáreas																
		Edad gestacional	21 a 27.6 semanas															
28 a 31.6 semanas																		
32 a 33.6 semanas																		
34 a 36.6 semanas																		
IMC	Adecuado																	
	Intermedio																	
	Inadecuado																	
Complicaciones durante la gestación	Infecciones maternas	Bajo																
		Adecuado																
		Elevado																
		IVU																
	Patologías obstétricas	Infección genital																
		Intraamniótica																
		TORCH																
		Otras																
	Factores externos traumáticos	HTA gestacional																
		DM gestacional																
		Anemia																
	Fetales	Otras																
Cirugía no obstétrica																		
Trauma físico-emocional																		
Esfuerzo físico																		
Líquido amniótico	RPM																	
	Embarazo múltiple																	
	Malformaciones																	
	RCIU																	
Placentarios	Óbito fetal																	
	Polihidramnios																	
	Oligohidramnios																	
	Placenta previa																	
Placentarios	Desprendimiento																	
	Placenta circunvalada																	
	Inserción marginal																	

Anexo 4.

INFORME DEL ANTIPLAGIO

INFORME FINAL DE TITULACION MARÍA VERÓNICA MATOVELLE VERA.

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

4%

★ repositorio.ug.edu.ec

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

Anexo 5.

RUBRICAS DE PARES REVISORES



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en la emereza de parto pretérmino de los adolescentes internados en el Hospital Julius Döpfner, Zonora, enero 2014 - diciembre 2018.

Nombre del estudiante: Maria Verónica Hetovelle Vera,

Director: Dr. Esteban Patricio Padrón Martínez

Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	/			/ 1
Redacción Científica	/			/ 1
Pensamiento crítico	/			/ 1
Marco teórico	/			/ 1
Anexos	/			/ 1
Total				/ 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


Dr. Luyo Mejía
C.O.P. # 1318

Firma y sello de responsable



Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA

DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN





Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en la amenaza de parto pretérmino de las adolescentes internadas en el Hospital Julius Döepfner, Zumbra, enero 2014 - diciembre 2018.
Nombre del estudiante: María Verónica Motavele Vega.
Director: Dr. Esteban Patricio Padilla Martínez
Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			1 /1
Redacción Científica	/			1 /1
Pensamiento crítico	/			1 /1
Marco teórico	/			1 /1
Anexos	/			1 /1
Total	5			5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Mejorar

Dr. JUAN MUÑOZ C.
C.M. 2102
E.C. 07 SEP CA / 01-0965-2003

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: Prevalencia y características sociales, obstétricas y patológicas en amenaza de parto pretermino de las adolescentes internada en el Hospital Julius Deseñner - Zamora enero 2014 -	
Nombre del estudiante: Mano Veiónica Matouelle Veja	Diciembre 2018
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dr. Esteban Padrón
Asesor:	Dra. Caitem Pieta

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDDY CÁRDENAS H
 DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina

Firma de aceptación del estudiante

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
 Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

INFORME FINAL DE TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: la alumna MATOVELLE VERA MARIA VERONICA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS SOCIALES, OBSTETRICAS Y PATOLOGICAS EN AMENAZA DE PARTO PRETERMINO DE LAS ADOLESCENTES INTERNADAS EN EL HOSPITAL JULIUS DOEPFNER. ZAMORA, ENERO 2014-DICIEMBRE 2018, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DR. LAURO MEJIA/ DR. JUAN MUÑOZ

Director: DR. ESTEBAN PADRON/ **Asesor:** DRA. CAREM PRIETO

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Lcda. Carem Prieto M. Sc.
Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



RECIBIDO
HORA: FIRMA: