

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA HUMANA



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Factores de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas
en el servicio de gineco obstetricia del hospital regional docente de Trujillo

Área de investigación:

Medicina Humana

Autor:

M.C. YOJANI DEL CARMEN AGUILAR CASTILLO

Asesor:

Rojas Ruiz, Juan Carlos

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6336-1493>

TRUJILLO - PERÚ

2022

PROYECTO DE TESIS

I. GENERALIDADES.

1. TÍTULO:

Factores de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud materno infantil

3. TIPO DE INVESTIGACION.

- a. De acuerdo a la orientación o finalidad: De casos y controles, retrospectivo.
- b. De acuerdo a la técnica de contrastación: Analítico, observacional.

4. ESCUELA PROFESIONAL Y DEPARTAMENTO ACADÉMICO:

Escuela Profesional de Medicina Humana- Medicina Humana.

5. EQUIPO INVESTIGADOR:

5.1. Autor: M.C. Yojani del Carmen Aguilar Castillo

5.2. Asesor: Tito Aguilar Díaz

INSTITUCIÓN Y/O LUGAR DONDE SE EJECUTARÁ EL PROYECTO:

Servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

DURACIÓN:

a. Fecha de inicio: 01/10/21

b. Fecha de término: 30/03/22

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN:

1. Resumen ejecutivo del proyecto de tesis:

Se llevara a cabo un estudio para determinar los factores de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo; por medio de un estudio analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo, de casos y controles; en una población de gestantes atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2017 – 2021 y que cumplan con los siguientes criterios de selección. En el análisis estadístico se hará uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$). Se calculará entre las variables cualitativas el odds ratio (OR) de los factores propuestos respecto al riesgo de tromboembolismo. Se procederá al cálculo del intervalo de confianza al 95%. Se realizar el análisis multivariado con regresión logística para las variables intervinientes.

2. Planteamiento del problema:

El embarazo es uno de los principales factores de riesgo en el desarrollo de tromboembolismo venoso (TEV). Los riesgos de TEV durante el embarazo y el período posparto aumentan aproximadamente cinco y 60 veces, respectivamente. La incidencia real de TEV entre mujeres embarazadas puede sobreestimarse si el diagnóstico se basa únicamente en una evaluación clínica. Sin embargo, basado en diagnósticos objetivos de trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP), estudios informan una incidencia de TEV de entre 0,6 y 1,3 casos por 1000 entregas; esto equivale a una tasa de 5 a 10 veces mayor que el observado en mujeres no embarazadas¹.

Tromboembolismo venoso (TEV) que incluye TVP y EP ocurre en 0.06 a 0.17% de los embarazos. Esta incidencia representa un aumento de casi 10 veces en comparación con las mujeres no embarazadas de un grupo de edad

comparable. El riesgo aumenta proporcionalmente con la edad gestacional con un 22% de episodios trombóticos que ocurren durante el primer trimestre, seguido por el 34% durante el segundo y el 44% durante el tercer trimestre. La TEV conduce al 9% de las muertes maternas en Norteamérica².

La incidencia es de tres a ocho veces mayor durante el puerperio debido a la disminución de la deambulaci3n. La evidencia m3s reciente mostr3 que el riesgo de TEV se extiende hasta 12 semanas despu3s del per3odo posparto, aunque el aumento absoluto del riesgo es bastante bajo despu3s de 6 semanas de posparto. Aproximadamente del 15 al 25% de los tromboembolismos en el embarazo son eventos recurrentes³.

En el Departamento de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Enero – Diciembre 2020 se atendieron un total de 679 gestantes en el contexto de la atenci3n de alto riesgo obst3trico, encontrando que el 7% de las mismas cumplieron criterios de sospecha para enfermedad por tromboembolismo.

¿Son la obesidad, la preeclampsia, la multiparidad y el antecedente de ces3rea factores de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2017- 2021?

3. Antecedentes del problema:

Scheres L, et al (Norteam3rica, 2020); estudiaron en mujeres con al menos 1 embarazo y su primer riesgo de tromboembolismo mediante la vinculaci3n del registro perinatal en mujeres con hipertensi3n durante el embarazo, mujeres con preeclampsia, en comparaci3n con mujeres con embarazos sin complicaciones (referencia). Se sigui3 un total de 1919918 mujeres con una mediana de 13,7 (intercuartil rango, 7,6-19,2) en los que se produjeron 5759 primeros tromboembolismos; tasa de incidencia: 2,3 (95% IC, 2,3-2,4) por 10000 personas-año. En el primer embarazo y en el per3odo posparto de 3 meses, el riesgo fue mayor en mujeres con hipertensi3n, HR, 2,0 (IC del 95%, 1,7-2,4), y el m3s alto entre las mujeres con preeclampsia, HR, 7,8 (IC del 95%, 5.4-11.3), frente al grupo de referencia⁴.

Kawaguchi R, et al (Japón, 2017); examinaron si la implementación de una guía basada en evidencia reduce el riesgo de tromboembolismo venoso sintomático durante el embarazo y más a 3 meses posparto; en un estudio de cohorte retrospectivo basado en un hospital de 9.041 partos. durante un período de 16 años. La incidencia global de tromboembolismo sintomática entre los sujetos del estudio fue 0,28% (25 / 9.041 partos), lo que representa una incidencia de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolismo pulmonar (TEP) de 0,22% y 0,05%, respectivamente.. Todos los tromboembolismos confirmados objetivamente se presentan típicamente en el posparto o dentro de los 26 días de entrega. Además, el 96% de los casos tenían uno o más factores de riesgo anamnésicos grandes⁵.

Abdul A, et al (Arabia, 2014); examinaron el potencial para prevenir la tromboembolia venosa durante y después de los ingresos hospitalarios antes del parto en mujeres embarazadas por medio de un estudio de cohorte utilizando registros de atención primaria (enlace de datos de investigación de práctica clínica) y secundaria (estadísticas de episodios hospitalarios) vinculados en centros de atención primaria y secundaria, Inglaterra; en 206 785 mujeres de 15 a 44 años. La admisión al hospital durante el embarazo se asoció con un mayor riesgo de tromboembolismo venoso (tasa absoluta 1752/100 000 personas-año; índice de tasa de incidencia 17,5; intervalo de confianza del 95%: 7,69 a 40,0) en comparación con el tiempo fuera del hospital. La tasa combinada durante y después del ingreso fue más alta en el tercer trimestre (961; 5,57, 3,32 a 9,34) y en las personas \geq 35 años (1756; 21,7, 9,62 a 49,0). Si bien la tasa absoluta en el período combinado fue más alta para aquellos con tres o más días en el hospital (1511; 12,2, 6,65 a 22,7)⁶.

Alsheef M, et al (Arabia, 2020); evaluaron los factores potenciales que desencadenan la trombosis y evaluaron la tasa de recurrencia y la mortalidad por tromboembolismo en mujeres gestantes; se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 180 pacientes con tromboembolia confirmada objetivamente que ocurrieron durante el embarazo o el período posparto. Se incluyeron todos los pacientes que experimentaron episodios de tromboembolismo confirmado objetivamente. En total, se incluyeron 180 pacientes. Además, el 60% y el 40% de los casos ocurrieron durante los

períodos posparto y prenatal, respectivamente. La cesárea fue el factor de riesgo más prevalente entre los participantes del estudio ((47,8%)), seguido de la obesidad ((40,6%)). Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron dolor en las piernas (57,2%) e hinchazón de las extremidades inferiores (54,4%). Se observaron recurrencias en aproximadamente el 11% de los participantes y la mortalidad materna se produjo en 2 (1,1%) casos⁷.

Lynn S, et al (Singapur, 2020); evaluaron los posibles factores de riesgo asociados al tromboembolismo en gestantes en un estudio de casos y controles, las gestantes fueron seleccionadas de un estudio prospectivo longitudinal; 89 casos se identificaron con tromboembolismo asociado al embarazo y 926 controles. analizados mediante regresión logística. Los factores de riesgo más importantes fueron tabaquismo (OR 5,44, $p = 0,0002$) y parto prematuro (OR 5,06, $p = 0,023$); la multiparidad, grupo sanguíneo no O y cesárea, también se identificaron como de mayor riesgo ($p < 0,05$)⁸.

4. Justificación del proyecto:

La enfermedad tromboembólica, es una complicación observada con mayor frecuencia en determinados grupos de riesgo, al respecto las gestantes debido a los cambios anatómicos y fisiológicos resultado del proceso de adaptación hormonal, se encuentran particularmente vulnerables a su efecto deletéreo, es por ello que resulta importante actualizar de manera permanente toda información relacionada con el contexto epidemiológico y el grupo de comorbilidades que tiene alguna influencia en la historia natural del tromboembolismo en el embarazo.

Serán beneficiarios directos de los resultados encontrados en primer lugar las gestantes que presentan un perfil clínico y epidemiológico con mayor riesgo de trombosis venosa dado que podrán beneficiarse con la delimitación de las variables a tomar en cuenta en una población con estas características para realizar el control óptimo de estos factores y reducir su riesgo tromboembólico, así mismo se beneficiara el personal sanitario ya que al conocer mejor esta patología podrá tener un mejor enfoque para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Los beneficiarios directos de los resultados de la investigación sería el personal sanitario, quienes con los nuevos conocimientos podrían realizar un mejor control sobre estos factores; lo cual tendrá un impacto positivo en la evolución con un menor riesgo de complicaciones en la población de pacientes que recibirá la asistencia sanitaria.

En cuanto a las implicancias prácticas obtenidas, tiene relevancia empírica la inclusión de nuestros hallazgos en las guías de práctica clínica institucionales para sustentar las estrategias de prevención primaria y secundaria de enfermedad tromboembólica en esta población de elevado riesgo de eventos tromboembólicos.

El valor teórico de la investigación se sustenta en que el presente estudio motiva el repaso de la fisiopatología relacionada con la enfermedad tromboembólica para que a partir de dicha teorización sea posible sustentar la inclusión de las variables propuestas como factores de riesgo para el desenlace en estudio.

La utilidad metodológica de la investigación radica en que al ser un diseño de casos y controles, ello nos permitirá evaluar de manera simultánea a un grupo de varios factores, sobre los cuales en caso de verificarse la asociación planteada será posible replicar el análisis en nuevas investigaciones que tomen en cuenta nuevos factores, toando como pauta de referencia los hallazgos observados en nuestra investigación.

5. Objetivos:

Objetivo General:

Determinar si la obesidad, la preeclampsia, la multiparidad y el antecedente de cesárea son factores de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2017- 2021.

Objetivo específico

Determinar si la obesidad es factor de riesgo para tromboembolismo en gestantes

Determinar si la preeclampsia es factor de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2017- 2021.

Determinar si la multiparidad es factor de riesgo para tromboembolismo en gestantes

Determinar si el antecedente de cesárea es factor de riesgo para tromboembolismo en gestantes

6. Marco teórico.

El sistema hemostático de una mujer en edad reproductiva se enfrenta a muchos desafíos durante su embarazo, parto y puerperio. Durante el desarrollo del embrión, ciertos procesos como la implantación, la placentación, y remodelación de las arterias espirales uterinas determinan la circulación uteroplacentaria; para estos cambios, se requiere una respuesta hemostática acelerada para evitar la hemorragia severa antes y después del parto⁹.

La identificación inmediata y el tratamiento oportuno de eventos trombóticos es fundamental para evitar la muerte materna y secuelas posttrombóticas graves. El embarazo es un estado de hipercoagulabilidad trombogénico en el que los tres componentes de la tríada de Virchow están activos simultáneamente: estasis de sangre, daño al endotelio vascular, y cambios en los factores coagulantes de la sangre¹⁰.

La estasis venosa es causada por la presión del útero distendido con el feto en crecimiento en la vena cava inferior y venas ilíacas; esta estasis causada por compresión es más prominente en la pierna izquierda debido a la posición anatómica relativa diferente de la vena ilíaca común izquierda que está comprimida por la arteria ilíaca común derecha; por otro lado existe daño de la pared del vaso durante la entrega— tanto cesáreas como partos vaginales¹¹.

Por otro lado se atribuye el riesgo de trombosis durante el embarazo a los cambios homeostáticos que ocurren durante este período. Durante el embarazo normal, las concentraciones de coagulación factores fibrinógeno, VII, VIII, factor von Willebrand, IX, X y XII están todos aumentados, lo que resulta en una hipercoagulabilidad que expone a las mujeres embarazadas a un mayor riesgo de trombosis¹². Además, la obstrucción mecánica por el crecimiento del útero compromete el flujo venoso y posteriormente aumenta la susceptibilidad de embarazadas y puérperas para el desarrollo de tromboembolias¹³.

Son muchos los factores que predisponen a la TEV durante el embarazo los cuales se pueden clasificar en dos grupos: factores de riesgo pregestacional y factores gestacionales. Dentro de ellos la trombofilia es un trastorno de la hemostasia que predispone a un evento trombótico. Los datos recientes sugieren que hasta el 50% de la TEV en el embarazo se asocia con un trastorno hereditario o trombofilia adquirida; las pruebas de trombofilia tienen un valor limitado en las mujeres que tienen TEV aguda durante el embarazo, ya que el resultado no altera el manejo clínico y también porque tanto el embarazo como la trombosis afectan el nivel de coagulación circulante factores que confunden la interpretación de la prueba¹⁴.

Respecto al parto vaginal, el parto por cesárea operatoria se asocia con un aumento sustancial de nueve veces en el riesgo de TEV. Admisión al hospital durante el embarazo puede estar asociado con 17 veces mayor riesgo de TEV en comparación con los no hospitalizados dado que las mujeres embarazadas como pacientes hospitalizados tendrán movilidad restringida. Se ha demostrado que la fertilización in vitro aumenta el riesgo de TEV en el primer trimestre; podría deberse al aumento del reposo en cama tomado por la mujer debido a la gestación. El riesgo de trombosis se observa con mayor frecuencia en la deficiencia de antitrombina (AT) III en casi 70 a 90%¹⁵.

El aborto inducido se asocia con un riesgo 2 veces mayor de TEV comparado con el de la población no embarazada. La preeclampsia aumenta el riesgo de TVP en el posparto. Un historial previo de TEV es un factor de riesgo importante para TEV asociada al embarazo. La presencia de las gestaciones múltiples no aumenta el riesgo de TEV en el trimestre en comparación con población no embarazada¹⁶.

Las características clínicas de la TVP típica incluyen eritema, calor, dolor, edema y sensibilidad confinados al área de la trombosis. En ocasiones, un engrosamiento palpable similar a un cordón puede corresponder a una vena trombosada. "El signo de Homan" es el dolor y sensibilidad provocada por la compresión de los músculos de la pantorrilla apretando los músculos o por dorsiflexión del pie. Cuando el dolor ocurre distal al manguito de presión arterial (PA) inflado a 180 mm Hg, se conoce como prueba de Löwenberg positiva¹⁷.

7. Hipótesis:

H1: La obesidad, la preeclampsia, la multiparidad y el antecedente de cesárea son factores de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2017- 2021.

Ho: La obesidad, la preeclampsia, la multiparidad y el antecedente de cesárea no son factores de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el periodo 2017- 2021.

8. Material y metodología:

Diseño de Estudio

a. Tipo de estudio:

El estudio será analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo, de casos y controles

G	FACTOR DE RIESGO
G1	X1,X2,X3,X4
G2	X1,X2,X3,X4

G1: Tromboembolismo

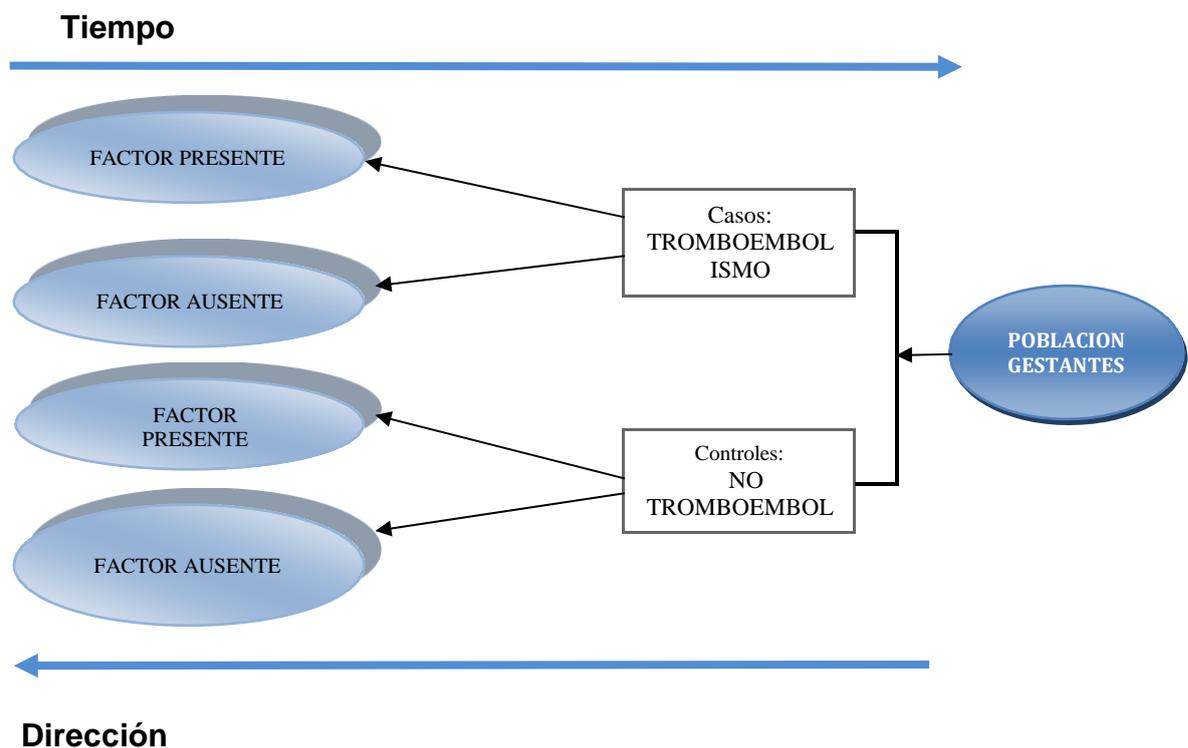
G2: No tromboembolismo

X1: Obesidad

X2: Preeclampsia

- X3: Multiparidad
X4: Antecedente de cesárea

ESQUEMA DEL DISEÑO



5.2. Población muestra y muestreo

a. Poblaciones de Estudio:

Gestantes atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2017 – 2021 y que cumplan con los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección:

➤ Criterios de Inclusión (Casos):

- Gestantes con tromboembolismo

- Gestantes con edades entre 20 a 35 años
- Gestantes con embarazo único
- Gestantes que acepten participar en el estudio

➤ **Criterios de Inclusión (Controles):**

- Gestantes sin tromboembolismo
- Gestantes con edades entre 20 a 35 año
- Gestantes con embarazo único
- Gestantes que acepten participar en el estudio

➤ **Criterios de exclusión (Ambos grupos):**

- Gestantes con diabetes
- Gestantes con hemorragia del tercer trimestre
- Gestantes con antecedente de cesárea
- Gestantes con pielonefritis durante la gestación
- Gestantes con rotura prematura de membranas

Muestra:

Unidad de Análisis

Estará constituido por cada gestante atendida en el Departamento de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2017 – 2021 y que cumplan con los siguientes criterios de selección.

Unidad de Muestreo

La historia clínica de cada gestante.

Tamaño muestral:

Se utilizará la siguiente formula¹⁸:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

$$d = p_1 - p_2$$

$$Z_{\alpha/2} = 1,96 \text{ para } \alpha = 0.05$$

$$Z_{\beta} = 0,84 \text{ para } \beta = 0.20$$

$$P_1 = 0.55 \text{ (Ref. 8)}$$

$$P_2 = 0.32 \text{ (Ref. 8)}$$

$$R: 1$$

$$n = 72$$

CASOS (Tromboembolismo): 72 pacientes.

CONTROLES (No tromboembolismo): 72 pacientes.

5.3 Definición operacional de variables

Tromboembolismo: Corresponde a la identificación de tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda de miembros inferiores, corroborado por los estudios de imágenes pertinentes y registrados en el expediente clínico⁴.

Obesidad: Índice de masa corporal materno antes de las 14 semanas de gestación mayor a 30 kg/m²⁵.

Multiparidad: Corresponde al antecedente de 2 o más partos previos⁶.

Antecedente de cesárea: Corresponde al parto por vía abdominal en cualquiera de las gestaciones previas⁶.

Preeclampsia: Corresponde a valores de presión arterial sistólica mayor a 140 mmhg y/o la presión diastólica mayor a 90 mmhg; sumado a valores de proteinuria mayores a 300 mg/24 horas⁷.

VARIABLE INDEPENDIENTE:	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
Obesidad				
Multiparidad	Cualitativa	Nominal	ÍMC > 30	
Antecedente de cesárea	Cualitativa	Nominal	> 2 partos	Si – No
Preeclampsia	Cualitativa	Nominal	Cicatriz abdominal	Si – No
	Cualitativa	Nominal	PAS>140/ PAD> 90	Si – No
			Proteinuria> 300 mg	Si - No
DEPENDIENTE:				
Tromboembolismo	Cualitativa	Nominal	Ecografia doppler/ Resonancia magnética pulmonar	Si - No
COVARIABLE				
Edad	Cuantitativa	Discreta		Años
Parto pre término	Cualitativa	Nominal	< 37 semanas de gestacion	Si – No
Anemia materna	Cualitativa	Nominal	Hb: < 11 g/dl <= 11 g/dl	Si – No
Tabaquismo	Cualitativa	Nominal	<20 cigarillos >= 20 cigarillos	Si - No

5.4 Procedimientos y Técnicas

Ingresarán al estudio las Gestantes atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2017 – 2021 y que cumplan con los criterios de selección; se solicitará la autorización en el departamento académico correspondiente para luego proceder a:

1. Seleccionar a aquellos pacientes que pertenezcan al grupo de pacientes con o sin tromboembolia según los hallazgos de los estudios de imágenes, para distinguir a quienes formaran el grupo de casos o controles a través del muestreo aleatorio simple.
2. Recoger los datos pertinentes correspondientes a las variables de interés del estudio, por medio de la revisión del expediente clínico, dicha información se incorporará en la hoja de recolección de datos (Ver anexo 1).
3. Registrar la información correspondiente a las variables intervinientes consideradas en el estudio y continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar la muestra necesaria.

5.5 Plan de análisis de datos (Procesamiento y análisis de la información:

Se utilizara el programa estadístico SPSS 26.

Estadística Descriptiva:

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas las cuales se presentaran en cuadros de doble entrada y gráficos pertinentes.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hará uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones serán consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio: Se calculará entre las variables cualitativas el odds ratio (OR) de los factores propuestos respecto al riesgo de

tromboembolismo. Se procederá al cálculo del intervalo de confianza al 95%. Se realizará el análisis multivariado con regresión logística para las variables intervinientes.

5.6 Aspectos éticos:

La presente investigación contará con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que es un estudio de casos y controles en donde solo se recogerán datos del paciente, se guardará la confidencialidad de la información tomando en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)¹⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁰.

Principio de beneficencia: "Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar.

Principio de No-maleficencia: No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño.⁸⁸

Principio de Autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos.

PRESUPUESTO:

Partida	Insumos	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Financiado
1.4.4.002	Papel Bond A4	Millar	01	130.00	Propio
	Lapiceros	Unidad	5	20.00	Propio
	Resaltadores	Unidad	03	30.00	Propio
	Correctores	Unidad	03	27.00	Propio
	CD	Unidad	10	37.00	Propio
	Grapas	Paquete	1	5.00	Propio
SUBTOTAL				249.00	
Partida	Servicios	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	Financiado
1.5.6.030	INTERNET	100	2.00	150.00	Propio
1.5.3.003	Movilidad	200	1.00	250.00	Propio
1.5.6.014	Empastados	10	12	170.00	Propio
1.5.6.004	Fotocopias	300	0.10	55.00	Propio
1.5.6.023	Asesoría por Estadístico	2	250	500.00	Propio
SUBTOTAL				1100.00	

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

N	Actividades	Tiempo					
		OCT 2021 – MAR 2022					
		1m	2m	3m	4m	5m	6m
1	Elaboración del proyecto.	X					
2	Presentación del proyecto		X				
3	Revisión bibliográfica		X				
5	Trabajo de campo y captación de información			X			
6	Procesamiento de datos.				X		
7	Análisis e interpretación de datos				X		
8	Elaboración del informe					X	X

Referencias Bibliográficas

- 1.-Alsheef M. Pregnancy and Venous Thromboembolism: Risk Factors, Trends, Management, and Mortality. *BioMed Research International* Volume 2020; 5(2):13-17.
- 2.-Hari A. Thromboembolism in Pregnancy: Gynecologists Perspective. *Indian J Cardiovasc Dis Women-WINCARS* 2018;3:86–97.
- 3.-Creanga A, Berg CJ, Syverson C, Seed K, Bruce FC, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2006-2010. *Obstet Gynecol* 2016;125(1):5–12.
- 4.-Scheres L. Hypertensive Complications of Pregnancy and Risk of Venous Thromboembolism. *Hypertension*. 2020;75:781-787.
- 5.-Kawaguchi R. Venous thromboembolism during pregnancy and postpartum: study in a tertiary hospital. *Int J Pregn & Child Birth*. 2017;1(1):1–5.
- 6.-Abdul A. Risk of first venous thromboembolism in pregnant women in hospital: population based cohort study from England. *BMJ* 2014;347:f6099.
- 7.-Alsheef M. Pregnancy and Venous Thromboembolism: Risk Factors, Trends, Management, and Mortality. *BioMed Research International* 2020; 5(3):16-19.
- 8.-Lynn S. Risk factors for pregnancy-associated venous thromboembolism in Singapore. *J. Perinat. Med*. 2020; 4(3):13-17.
- 9.-Sennström M, Rova K, Hellgren M, et al. Thromboembolism and in vitro fertilization—a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96(9):1045–1052

- 10.-Regitz V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J* 2018;39(34):3165–3241.
- 11.-Calhoun B, Hoover E, Seybold D, et al. Outcomes in an obstetrical population with hereditary thrombophilia and high tobacco use. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018;31:1267–71.
- 12.-Devis P, Knuttinen MG. Deep venous thrombosis in pregnancy: incidence, pathogenesis and endovascular management. *Cardiovasc Diagn Ther* 2017;7:S309–19.
- 13.-Liu N, Vigod SN, Farrugia MM, Urquia ML, Ray JG. Venous thromboembolism after induced abortion: a population-based, propensity-scorematched cohort study in Canada. *Lancet Haematol* 2018;5:e279–88.
- 14.-Van der Pol LM, Tromeur C, Bistervels IM, et al. Pregnancy-adapted YEARS algorithm for diagnosis of suspected pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2019;380:1139–49.
- 15.-Nichlos K. Venous Thromboembolism Associated With Pregnancy. *JACC*. 2020;2128 – 4 1
- 16.-Sessa M, Mascolo A, Callreus T, Capuano A, Rossi F, Andersen M. Direct-acting oral anticoagulants (doacs) in pregnancy: new insight from vigibase((R)). *Sci Rep* 2019;9:7236.
- 17.-Cohen H, Arachchillage DR, Middeldorp S, Beyer-Westendorf J, Abdul-Kadir R. Management of direct oral anticoagulants in women of childbearing potential: guidance from the SSC of the ISTH: reply. *J Thromb Haemost* 2017;15:195–7.
- 18.-García J, Reding A, López J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica* 2013; 2(8): 217-224.

19.-Di M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética 2015; 6(1): 125-145.

20.-.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú : 2012.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Factores de riesgo para tromboembolismo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

Edad: _____

Anemia materna:	Si ()	No ()
Tabaquismo:	Si ()	No ()
Parto pretermino:	Si ()	No ()

II. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Multiparidad:	Si ()	No ()
Antecedente de cesárea:	Si ()	No ()
Obesidad:	Si ()	No ()
Preeclampsia:	Si ()	No ()

III. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Tromboembolismo: Si () No ()

