



# UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.

## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

### AUTOR

Villalba Salazar, Maria Fernanda

(ORCID:0000-0001-6941-2829)

### ASESOR

Villalba Kravcio, Juan Manuel

(ORCID:0000-0002-1245-7118)

**Lima, Perú**

**2023**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

Villalba Salazar, Maria Fernanda

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 73567901

### **Datos de asesor**

Villalba Kravcio, Juan Manuel

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 44245429

### **Datos del Comité de la Especialidad**

PRESIDENTE: Paredes Ayala, Benjamin

DNI: 06254175

Orcid: 0000-0003-3048-8468

SECRETARIO: Herrera Vera, Alfredo José

DNI: 09399530

Orcid: 0009-0003-1082-7124

VOCAL: Arce Fontela, Esperanza julia

DNI: 09511509

Orcid:0000-0002-9052-8911

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.02

Código del Programa: 912399

# ÍNDICE

## 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1 Descripción de la realidad problemática
- 1.2 Formulación del problema
- 1.3 Línea de investigación
- 1.4 Objetivos: General y específicos
  - 1.4.1 General
  - 1.4.2 Específicos
- 1.5 Justificación
- 1.6 Delimitación
- 1.7 Limitaciones
- 1.8 Viabilidad

## 2 MARCO TEÓRICO

- 2.1 Antecedentes de investigación
- 2.2 Bases teóricas
- 2.3 Definiciones conceptuales
- 2.4 Hipótesis

## 3 METODOLOGÍA

- 3.1 Tipo de estudio
- 3.2 Diseño de investigación
- 3.3 Población y muestra
  - 3.3.1 Población
  - 3.3.2 Muestra
  - 3.3.3 Selección de la muestra
- 3.4 Operacionalización de variables

### 3.4.1 Variables

### 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

### 3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

### 3.7 Aspectos éticos

## 4 RECURSOS Y CRONOGRAMA

### 4.1 Recursos

### 4.2 Cronograma

### 4.3 Presupuesto

## 5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## 6 ANEXOS

### 6.1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

### 6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 6.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

# 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 Descripción de la realidad problemática

A pesar del tiempo, el parto pre término (PP), definido como un parto que se da entre las 20 0/7 y las 37 0/7 semanas de gestación<sup>1</sup>, continúa siendo una problemática a nivel mundial.<sup>2</sup> Este afecta de un 8 a 12% de todas las gestaciones globalmente<sup>3</sup> y, en el Perú, afecta al 5% de los embarazos.<sup>4</sup> Anualmente, genera un costo alrededor de 26.2 billones de dólares puesto a que incrementa el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales.<sup>5</sup> Así mismo, es la principal causa de muerte del periodo neonatal y la segunda causa en menores de 5 años.<sup>2,6</sup>

Cerca de un 70% de los partos pre término son espontáneos. El resto se da por indicación médica debido a complicaciones en el embarazo como por el ejemplo la restricción de crecimiento intrauterino.<sup>5</sup> El parto pre término espontáneo es de etiología multifactorial.<sup>1-6</sup> A pesar de que no existe una causa específica, en las mujeres se han detectado múltiples factores de riesgo que están relacionados con esto.

Por otro lado, la Amenaza de Parto pre término (APP), se define como la presencia de contracciones dolorosas y regulares, en frecuencia de 4 contracciones en 20 minutos o 6 en una hora, que se acompaña o no de modificaciones cervicales tales como una dilatación del cuello uterino de menos de 2 centímetros y un borramiento del cérvix de menos del 80%.<sup>5,7</sup> Aproximadamente, un 50% de los partos pre términos espontáneos son precedidos de una APP.<sup>5</sup>

Debido a lo anterior es necesario el identificar de forma oportuna una amenaza de parto pre término. Existen varias pruebas que nos pueden ayudar a identificar a una paciente con riesgo de presentar una APP y por consiguiente un parto pre término.<sup>2,5,7</sup> Por ende el reconocimiento de factores

de riesgo y el manejo adecuado son fundamentales para evitar el parto pre término y con ello las diversas complicaciones de un recién nacido prematuro.

## **1.2 Formulación del problema**

El problema general se enmarca en 2 aspectos específicos: las características sociodemográficas y las características clínicas de las pacientes objetos de estudio.

¿Cuáles son las características sociodemográficas tales como edad, distrito de procedencia, nivel educativo y situación laboral de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022?

¿Cuáles son las características clínicas tales como embarazo múltiple, longitud cervical, presencia de patologías concomitantes, cantidad de controles pre natales, entre otros de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022?

¿Cuál es el desenlace de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022?

## **1.3 Línea de investigación**

Este estudio presenta una línea de investigación ligada a la salud pública, ya que el problema que se abarca en este proyecto afecta un 8 a 12% de la

población mundial y en nuestro país al 5% según la estadística dada por el Instituto Nacional Materno Perinatal.

## **1.4 Objetivos: General y específicos**

### **1.4.1 General**

Identificar las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.

### **1.4.2 Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.
- Conocer las principales patologías clínicas de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.
- Identificar los principales tratamientos usados en las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.

- Conocer los principales motivos de referencia a otro nosocomio de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.

## **1.5 Justificación**

Como se ha mencionado, el parto pre término continúa siendo una problemática a nivel mundial.<sup>2</sup> Se ha observado que la prematuridad está asociada a un incremento de la morbi mortalidad, no sólo en el periodo neonatal sino también en la primera infancia.<sup>2,5,6</sup> Así mismo, en distintos estudios se evidencia que aproximadamente dos tercios de los casos se da de forma espontánea y la mitad de estos, son precedidos por una Amenaza de Parto Pre término.<sup>1</sup>

En el Perú, según estadísticas brindadas por el Instituto Nacional Materno-Perinatal, la prematuridad es causante de aproximadamente el 75% de las muertes perinatales así como del 50% de las anormalidades neurológicas. Según lo que reportan en sus guías de práctica clínica y procedimientos la incidencia reportada de Amenaza de Parto Pretérmino en ese nosocomio es de 7% y la reportada a nivel nacional es de 5%.<sup>4</sup>

Si bien la APP y por consiguiente el parto pre término no tienen una etiología determinada, existen múltiples factores de riesgo identificables durante la gestación que nos pueden ayudar a prevenir este problema.<sup>1-6</sup> Es por esta razón que se considera importante el determinar las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes, así como sus antecedentes gineco-obstétricos y personales.

Se han realizado estudios en otros países sobre las características de las pacientes que presentan APP, así como el uso de distintos manejos.<sup>1,2,8,9</sup> Sin



embargo, las características poblacionales pueden cambiar entre los diferentes países debido a distintas características sanitarias, culturales, socioeconómicas y étnicas. Por ende es necesario hacer más estudios locales.

Por otro lado, en la actualidad, el Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” no cuenta con una unidad de cuidados intensivos neonatales. Por lo anterior, el conocer las características de las gestantes que presentan APP ayudará a los especialistas del servicio de obstetricia a reconocer los factores de riesgo y tomar las medidas preventivas necesarias.

Además, el realizar el presente estudio es de relevancia, ya que nos va a permitir conocer las características de la población afectada. De esta manera podemos conocer los factores de riesgo de nuestra población e implementar medidas preventivas para así evitar APP y las complicaciones que trae consigo. De igual manera, este estudio puede servir de base para otros estudios a futuro.

## **1.6 Delimitación**

El estudio será realizado en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” ubicado en la Av. Brasil cuadra 25 sin número. El estudio contará con la población total de pacientes hospitalizadas en dicho servicio en el periodo de julio del 2019 a junio del 2022 con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP).

## **1.7 Limitaciones**

La principal limitación de este estudio es que al ser una investigación basada en la recolección de datos de historias se espera que exista un porcentaje de historias mal llenadas o que presenten datos faltantes. Así mismo, el Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” no cuenta con historias clínicas electrónicas

por lo que la recolección de datos puede presentar mayor dificultad. Sin embargo, según los reportes de los médicos tratantes la variabilidad del llenado de historias es baja, ya que presentan el mismo formato de historia clínica en el servicio.

### **1.8 Viabilidad**

El estudio es viable, ya que se cuenta con los recursos humanos y financieros para la realización del mismo. El investigador principal será quien se encargue de la recolección de datos, asimismo será el responsable de solventar los gastos de la investigación así como de solicitar los permisos necesarios para que esta se lleve a cabo.

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de investigación

Yoon BH, Romero R, et. al realizaron un estudio retrospectivo de serie de casos en el que se evaluaron a 62 pacientes que presentaban amenaza de parto pre término e infección/inflamación intraamniótica en el Hospital Universitario Nacional de Seúl. Ellos evidenciaron que el uso de antibióticos en estas pacientes erradicó la infección en el 79% de los casos.<sup>10</sup>

Rennert KN, et al. realizaron un análisis de un ensayo clínico aleatorizado en el cual se midió la longitud del cérvix mediante ecografía transvaginal en gestantes que después de 48 horas de su ingreso por APP habían presentado cese de las contracciones. Evidenciaron que las mujeres que habían presentado un incremento de la longitud cervical luego del tratamiento tocolítico tenían bajo riesgo de presentar un parto pre término antes de las 34 semanas de gestación.<sup>11</sup>

Papapanou M., et al. realizaron una revisión sistemática de gestantes que presentaron infección por COVID-19. En ella evidenciaron que hubo un incremento de cesáreas y partos pre términos. Sin embargo, no descartan que este incremento se deba a iatrogenia.<sup>12</sup>

Cavoretto P., et al. realizaron una revisión sistemática y meta análisis de gestantes que fueron sometidas a tratamientos de reproducción asistida como fertilización in vitro (FIV) e inyección intracitoplasmática espermática (ICSI). Observaron que las pacientes que se someten a este tipo de tratamientos y como resultado obtienen un embarazo simple tienen un riesgo elevado (80%) de presentar un parto pre término frente a pacientes con gestación simple concebidas de forma espontánea.<sup>13</sup>

Lee KS., et al. realizaron un estudio retrospectivo en el Hospital Universitario de Annam de Seúl a 731 gestantes que presentaban reflujo gastro esofágico (ERGE) y periodontitis. En este concluyeron que el ERGE es un indicador

más predictivo que la periodontitis. Así mismo, que con el fin de disminuir las tasas de parto pre término, se deben dar medidas preventivas para controlar la presión arterial, diabetes mellitus y ERGE en estas pacientes. Así mismo se debe dar consejería acerca de un buen índice de masa corporal previo a la gestación.<sup>14</sup>

Berghella V, Saccone G., realizaron una revisión sistemática para Cochrane en donde evaluaron el uso de la longitud cervical mediante ecografía como predictor de parto pre término. Concluyeron que existe una data muy limitada como para sacar conclusiones sobre si esta medida realmente es relevante para la prevención de PP. Sin embargo, la poca información que se tiene del tema parece sugerir que la longitud cervical obtenida mediante ecografía transvaginal en gestantes sintomáticas con gestaciones simple, parece prolongar por 4 días el desenlace en parto.<sup>15</sup>

Liu B, et al. realizaron un cohorte buscando una asociación entre el parto pre término y la obesidad pre gestacional. Evidenciaron que tanto las gestantes con bajo peso previo al embarazo, así como las que presentaron obesidad tenían un riesgo elevado de desarrollar un parto pre término en comparación a las mujeres con un IMC normal. Sin embargo, evidenciaron que existen otros factores de riesgo como edad materna, raza y etnia que pueden contribuir en el desenlace de PP por lo que sugieren realizar mayor estudios en estos ámbitos.<sup>16</sup>

Thongchan S, Phupong V., realizaron un estudio experimental randomizado doble ciego en el que administraron progesterona oral y placebo en gestantes con amenaza de parto pre término. Evidenciaron que el uso de progesterona oral no prolongó el embarazo.<sup>6</sup>

Chiossi G., et al, realizaron un segundo análisis de un estudio randomizado controlado en el que se hizo seguimiento de la longitud de cérvix en pacientes que no presentaron PP luego de recibir tratamiento y haber sido dado de alta.

Concluyeron que las gestantes con una longitud cervical menor a 10 mm medido por ecografía transvaginal en cualquier momento posterior al alta presentan riesgo de desencadenar un parto pre término en cualquier momento. Así mismo sugieren incluir la medida de longitud de cérvix por ecografía en las consultas pre gestacionales con el fin de sopesar el riesgo de parto pre término y realizar mejor uso de los recursos.<sup>3</sup>

Martínez A., et al, realizaron un estudio observacional analítico, retrospectivo de casos y controles en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el 2020 en Lima Metropolitana el que se encontraron como factores de riesgo para amenaza de parto pretérmino la edad menor de 30 años, infección urinaria, antecedente de parto prematuro y controles prenatales deficientes. Así mismo hallaron como factor protector la primiparidad.<sup>45</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

La Amenaza de Parto Pre término (APP) es definida como contracciones dolorosas y regulares que se dan entre las 20 0/7 semanas y las 36 6/7 semanas de gestación.<sup>5</sup> Estas pueden o no estar acompañadas de cambios cervicales como una incorporación de menos del 80% y/o dilatación de menos de 2cm.<sup>5,7,17</sup> Se estima que el 50% de los casos de Partos Pre términos espontáneos a nivel mundial están precedidos por APP.<sup>1</sup>

El parto pre término sigue siendo una problemática en salud pública a nivel mundial, ya que es causante de una elevada morbi mortalidad en el periodo neonatal así como en los primeros 5 años de vida.<sup>1,5,6</sup> Es la primera causa de muerte dentro de los 28 primeros días de nacido y la segunda en menores de 5 años.<sup>6</sup> En el Perú, su incidencia es de 5%;<sup>4</sup> sin embargo, globalmente, afecta del 8 al 10% de todas las gestaciones.<sup>3</sup>

A pesar de que un 30% de los partos pre términos se dan por indicación médica, como es el caso de una paciente con preeclampsia severa o retraso del crecimiento intrauterino, la mayoría de los casos es espontáneo y no existe una etiología específica.<sup>5</sup> Tanto el APP como el parto pre término son de etiología multifactorial.<sup>1-6</sup>

Existen múltiples factores de riesgo que se han asociado a la APP y PP tales como un parto pre término previo, gestaciones múltiples, polihidramnios, infección/inflamación intraamniótica, infecciones de otros sitios, obesidad pre gestacional, tratamientos de reproducción asistida, malformaciones uterinas, antecedentes de conización, entre otros.<sup>2,3,5,7,10,12-14</sup> Por ejemplo, en un estudio realizado por Martínez A., et. al, en un hospital del Perú, encontraron como factores de riesgo para desarrollar APP en gestantes el hecho de haber tenido en un embarazo previo un parto pre término, cursar en el embarazo actual con infección del tracto urinario, que la paciente tenga menos de 30 años o tenga menos de 6 controles pre natales en la gestación actual.<sup>45</sup> Sin embargo, no se pueden identificar factores de riesgo en la mayoría de gestantes que presentan un PP.

Si bien no todas las amenazas de parto pre término desencadenan en un parto, es importante lograr identificar algunos factores predictivos.<sup>18</sup> Se ha observado que la prueba de fibronectina fetal y/o la medición de la longitud cervical son importantes predictores de PP en mujeres con APP.<sup>2,3,5,7</sup> Sin embargo, frente a la presencia de síntomas agudos, el manejo de estas pacientes no puede estar condicionado únicamente por el resultado de dichas pruebas.<sup>5</sup>

La fibronectina fetal, detectada en el flujo cervicovaginal, es una glicoproteína de la matriz celular de las células fetales.<sup>5,18</sup> Se evidencia principalmente en el primer trimestre de gestación y hacia inicios del segundo

se vuelve indetectable (<50ng/mL). Su presencia después de las 12 semanas nos indica un riesgo elevado de parto pre término espontáneo.<sup>5,18</sup>

Por otro lado, la longitud cervical (LC) obtenida mediante ecografía transvaginal es considerada también una prueba importante para la predicción de un PP.<sup>5</sup> Esta varía según la edad gestacional, pero se ha observado en distintos estudios que una LC <25mm es predictivo de parto pre término.<sup>2,19</sup> Así mismo, se ha evidenciado que a menor longitud de cérvix mayor riesgo.<sup>2</sup> Igualmente, cuando el hallazgo se hace a menor edad gestacional el riesgo es mayor.<sup>2</sup>

Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), el 30% de pacientes que presentan APP resuelven de forma espontánea el cuadro.<sup>5</sup> Así mismo, refieren que sólo la mitad de gestantes hospitalizadas que han recibido tratamiento tocolítico van a terminar presentando un parto pre término.<sup>5</sup> De igual manera, refieren que el tratamiento tocolítico debe estar reservado para aquellas gestantes cuyos neonatos se van a beneficiar de la demora del parto.<sup>5</sup>

Existen medidas no farmacológicas recomendadas a pacientes con APP. Estas son descanso en cama, evitar tener relaciones sexuales e hidratación.<sup>5</sup> Sin embargo, no existen mayores estudios que puedan demostrar su eficacia. Por lo que se debe considerar como primera línea el tratamiento farmacológico.<sup>5</sup>

Se sugiere tratamiento tocolítico en gestantes de menos de 35 0/7 semanas de gestación. Existen diferentes drogas que pueden ser utilizadas para parar las contracciones.<sup>5,9,17</sup> Entre los grupos que más se usan tenemos a los bloqueadores de canales de calcio (como el nifedipino), betamiméticos (Isoxuprine, salbutamol), antiinflamatorios no esteroideos (Indometacina, keterolaco), antagonistas de la oxitocina (atosiban) y sulfato de magnesio.<sup>9</sup> Se escoge el medicamento según cada paciente y la disponibilidad en cada establecimiento.<sup>5</sup> Hay condiciones en las cuales la tocólisis debe estar

contraindicada: óbito fetal, anomalías fetales letales, preeclampsia severa o eclampsia, sangrado materno con inestabilidad hemodinámica, corioamnionitis, rotura prematura de membranas pre término y contraindicaciones maternas específicas al medicamento (reacciones alérgicas).<sup>5,7,17</sup>

Por otro lado, se deben utilizar corticoides para maduración pulmonar fetal en gestantes entre 24 y 34 semanas que presentan riesgo elevado de desarrollar un parto pre término en los próximos 7 días.<sup>5,20</sup> Los medicamentos más estudiados para este uso son la betametasona y la dexametasona. Hay estudios que reportan que los pre términos tardíos pueden beneficiarse del uso de corticoides; sin embargo, hacen falta mayor estudios.<sup>20</sup> Existen ciertas condiciones maternas y fetales que contraindican el uso de este tipo de medicamentos: óbito fetal, coriamnionitis, malformación fetal incompatible con la vida, desprendimiento prematuro de placenta, porfiria y tuberculosis materna.<sup>5,7</sup>

Se recomienda el uso de neuroprotección con sulfato de magnesio en gestaciones <32 semanas.<sup>5</sup> Este genera una disminución en la incidencia de parálisis cerebral y morbilidades neurológicas en recién nacidos pre términos.<sup>21</sup> Por otro lado, sólo debe de administrarse tratamiento antibiótico en presencia de una infección demostrada.<sup>5,17</sup>

Por lo general, el tratamiento tocolítico debe perdurar 24 a 48 horas. Posterior a eso se debe realizar una prueba cardiotocográfica para verificar si persisten o no las contracciones.<sup>4,5,17</sup> Si hay ausencia de estas últimas se indica el alta. No es necesario continuar de forma ambulatoria la tocólisis. Algunas guías recomienda seguimiento posterior al alta y el uso de ecografía transvaginal para la medición de la longitud del cérvix como factor predictivo.<sup>3</sup>



## 2.3 Definiciones conceptuales

En el presente estudio se analizarán variables sociodemográficas como edad, sexo. Asimismo se evaluarán variables que incluyen algunos antecedentes personales y gineco-obstétricos inherentes a cada paciente. Finalmente, se considerarán variables clínicas de la patología principal y su tratamiento.

**Amenaza de Parto Pretérmino (APP):** Es la presencia de contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios cervicales (dilatación, borramiento o ambos) en una gestante entre las 20 0/7 semanas de gestación y las 37 0/7 semanas.<sup>5</sup>

## 2.4 Hipótesis

### Hipótesis General:

- Existen distintas características sociodemográficas y clínicas en las gestantes que pueden condicionar a que éstas padezcan de Amenaza de Parto Pretérmino durante su embarazo, tales como infecciones, anemia y longitud de cérvix corto.

### Hipótesis Específicas:

- Existen factores sociodemográficos que condicionan a las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” a presentar Amenaza de Parto Pretérmino.
- Existen factores clínicos que predisponen la aparición de APP en las gestantes de estudio.

### **3 METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Se realizará un estudio descriptivo de serie de casos.

#### **3.2 Diseño de investigación**

El presente estudio será de tipo observacional.

#### **3.3 Población y muestra**

##### **3.3.1 Población**

Este estudio tendrá como población a todas las gestantes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en el en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.

##### **3.3.2 Muestra**

Se tomará como muestra a todas aquellas gestantes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en el en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.

##### **3.3.3 Selección de la muestra**

###### Criterios de Inclusión:

Todas aquellas pacientes gestantes que hayan sido hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” con el

diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en el en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que hayan solicitado retiro voluntario y no hallan querido recibir tratamiento.
- Pacientes derivadas de otro nosocomio con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino que hayan sido hospitalizadas con el único fin de realizar procesos administrativos para ser referidas a otra institución con mayor capacidad resolutive y que no hayan sido tratadas en el Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz”.

### 3.4 Operacionalización de variables

#### 3.4.1 Variables Principales

En el presente estudio, se analizarán variables sociodemográficas como edad, sexo, distrito de procedencia. Así mismo variables clínicas, tratamiento y antecedentes tanto personales como gineco-obstétricos.

A continuación se definen dos de las variables principales. En el anexo 2 se coloca el cuadro de operacionalización de todas las variables utilizadas en la investigación.

<u>Variable</u>	<u>Tipo</u>	<u>Definición Conceptual</u>	<u>Definición operacional</u>	<u>Escala</u>	<u>Valores</u>	<u>Fuente de Información</u>
<b>Amenaza de Parto Pretérmi</b>	Cualitativo	Contracciones uterinas regulares	Enfermedad se encuentra registrada en la	Nominal	Sí No	Historia Clínica

<b>no (APP)</b>		acompañadas de cambios cervicales (dilatación, borramiento o ambos) en una gestante entre las 20 0/7 semanas de gestación y las 37 0/7 semanas.	historia clínica			
<b>Tocólisis</b>	Cualitativo	Es el uso de fármacos para retrasar el parto prematuro con membranas amnióticas intactas.	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica

### 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio, se solicitará al nosocomio las historias clínicas de las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión del estudio y se recolectarán los datos en fichas estadísticas que consisten en 42 preguntas que recolectan datos sociodemográficos, así como datos de la patología actual, antecedentes gineco-obstétricos inherentes a la paciente, antecedentes personales, tratamientos utilizados y finalmente, desenlace del cuadro. La

ficha en mención se adjunta como el anexo 2. Así mismo, cabe recalcar que el llenado de la ficha se realizará mediante el programa de Microsoft Excel 2010. Para mayor seguridad en la obtención de datos se realizará doble digitación, las cuales serán comparadas en el mismo programa.

### **3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos**

Se realizará en primer lugar un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión del estudio cuyos datos fueron recolectados previamente mediante fichas estadísticas como previamente se ha especificado en el punto anterior. Se obtendrán medidas de resumen y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas. También se calculará la incidencia de falla al tratamiento de primera línea empleado en gestantes que han sido hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022 con su respectivo intervalo de confianza (IC) al 95%.

### **3.7 Aspectos éticos**

En el presente estudio, al ser una revisión de historias clínicas, no habrá contacto directo con las pacientes, por lo cual no se necesitará la obtención de un consentimiento informado. Sin embargo, con la finalidad de evitar la pérdida de confidencialidad se respetará el anonimato de las gestantes incluidas en el estudio, mediante la codificación de los casos evitando colocar identificadores.

Para la ejecución de esta investigación se solicitará en primera instancia la revisión y aprobación del protocolo por parte del Departamento de

Investigación y del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma. Además, se solicitará la aprobación del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz”.

Si bien las participantes de este estudio no obtendrán un beneficio directo, este trabajo contribuirá al mayor conocimiento de los especialistas del nosocomio con respecto a la población de estudio y de esta manera podrán buscar el emplear medidas que generen un bien común para la población objetiva.

## 4 RECURSOS Y CRONOGRAMA

### 4.1 Recursos

#### Recursos Humanos:

Para la realización de este estudio se contará con la participación del investigador principal, un asesor temático y un asesor estadístico.

#### Local de trabajo y otros ambientes:

La recolección de datos de este estudio se realizará en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz”. Por otro lado, también se ha considerado el uso del espacio de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma para la elaboración del trabajo en sí.

#### Materiales y equipos:

El protocolo de investigación será diseñado por el autor del mismo. Se utilizarán materiales de escritorio básicos para la recolección de datos así como material de impresión como computadoras, impresoras y fotocopadoras.

### 4.2 Cronograma

#### Duración del Proyecto:

Para la realización de este proyecto de investigación se necesitará un periodo de tiempo de aproximadamente 9 meses. Este incluirá el tiempo desde la planificación y elaboración del proyecto hasta la elaboración del informe final.

#### Fecha de Inicio y Término del Proyecto:

- **Inicio:** 01 de julio del 2022
- **Término:** 31 de marzo del 2023

Horas Semanales dedicadas al Proyecto:

Investigadores	Número de horas semanales
Autor principal	24
Asesores: temático y estadístico	7

Etapas del Proyecto: Cronograma de Gantt:

Fases	Tiempo (meses) Julio 2022 – Marzo 2023								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Planificación y elaboración del proyecto	X								
Presentación y aprobación del proyecto	X	X							
Recolección de Datos			X	X					
Procesamiento y análisis					X	X			
Elaboración del Informe Final							X	X	
Presentación de Informe Final									X
Periodo de actividades programadas por meses									



### 4.3 Presupuesto

<b>Descripción del ítem</b>	<b>Unidad Medida</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>Total (S/.)</b>
Dispositivo portátil de almacenamiento usb	Unidad	1	S/. 25,00	S/. 25,00
Boligrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color negro	Unidad	4	S/. 2,00	S/. 8,00
PAPEL BOND 80 g TAMAÑO A4	EMPAQUE X 500	1	S/. 15,00	S/. 15,00
Impresiones	Unidad	1000	S/. 0.10	S/. 100,00
Anillados	Unidad	4	S/. 3,00	S/. 12,00
Encuestadores	Contratación	1	S/. 1500	S/. 1500,00
Asesoría por estadístico	Contratación	1	S/. 150	S/. 150
			<b>Sub-total</b>	S/. 1810,00
			<b>Imprevistos</b>	100,00
			<b>TOTAL</b>	S/. 1910,00

## 5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. *Obstet Gynecol.* 2021 Aug 1;138(2):e65-e90. doi: 10.1097/AOG.0000000000004479. PMID: 34293771.
2. Glover AV, Manuck TA. Screening for spontaneous preterm birth and resultant therapies to reduce neonatal morbidity and mortality: A review. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018 Apr;23(2):126-132. doi: 10.1016/j.siny.2017.11.007. Epub 2017 Dec 9. PMID: 29229486; PMCID: PMC6381594.
3. Chiossi G, Facchinetti F, Vergani P, Di Tommaso M, Marozio L, Acaia B, Pignatti L, Locatelli A, Spitaleri M, Benedetto C, Zaina B, D'Amico R; PROTECT Collaborative Group. Serial cervical-length measurements after first episode of threatened preterm labor improve prediction of spontaneous delivery prior to 37 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021 Feb;57(2):298-304. doi: 10.1002/uog.22188. PMID: 32851714.
4. Guevara E., Sánchez A., et al. Amenaza de parto pretérmino Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal 2018 set 2da Ed; p: 236-242
5. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Management of Preterm Labor: ACOG Practice Bulletin, Number 171. *Obstet Gynecol.* 2016 Jan;128(4):e155-e164.
6. Thongchan S, Phupong V. Oral dydrogesterone as an adjunctive therapy in the management of preterm labor: a randomized, double blinded, placebo-controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Jan

- 28;21(1):90. doi: 10.1186/s12884-021-03562-6. PMID: 33509129; PMCID: PMC7845022.
7. Ochoa A., Pérez J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An. Sist. Sanit. Navar. 2009;32(1):105-119.
  8. Norman JE. Progesterone and preterm birth. Int J Gynaecol Obstet. 2020 Jul;150(1):24-30. doi: 10.1002/ijgo.13187. Erratum in: Int J Gynaecol Obstet. 2020 Dec;151(3):487. PMID: 32524598; PMCID: PMC8453855.
  9. Coler BS, Shynlova O, Boros-Rausch A, Lye S, McCartney S, Leimert KB, Xu W, Chemtob S, Olson D, Li M, Huebner E, Curtin A, Kachikis A, Savitsky L, Paul JW, Smith R, Adams Waldorf KM. Landscape of Preterm Birth Therapeutics and a Path Forward. J Clin Med. 2021 Jun 29;10(13):2912. doi: 10.3390/jcm10132912. PMID: 34209869; PMCID: PMC8268657.
  10. Yoon BH, Romero R, Park JY, Oh KJ, Lee J, Conde-Agudelo A, Hong JS. Antibiotic administration can eradicate intra-amniotic infection or intra-amniotic inflammation in a subset of patients with preterm labor and intact membranes. Am J Obstet Gynecol. 2019 Aug;221(2):142.e1-142.e22. doi: 10.1016/j.ajog.2019.03.018. Epub 2019 Mar 27. PMID: 30928566; PMCID: PMC8224929.
  11. Rennert KN, Breuking SH, Schuit E, Bekker MN, Woiski M, de Boer MA, Sueters M, Scheepers HCJ, Franssen MTM, Pajkrt E, Mol BWJ, Kok M, Hermans FJR. Change in cervical length after arrested preterm labor and risk of preterm birth. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021 Nov;58(5):750-756. doi: 10.1002/uog.23653. PMID: 33860985; PMCID: PMC8596619.
  12. Papapanou M, Papaioannou M, Petta A, Routsis E, Farmaki M, Vlahos N, Siristatidis C. Maternal and Neonatal Characteristics and Outcomes

- of COVID-19 in Pregnancy: An Overview of Systematic Reviews. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jan 12;18(2):596. doi: 10.3390/ijerph18020596. PMID: 33445657; PMCID: PMC7828126.
13. Cavoretto P, Candiani M, Giorgione V, Inversetti A, Abu-Saba MM, Tiberio F, Sigismondi C, Farina A. Risk of spontaneous preterm birth in singleton pregnancies conceived after IVF/ICSI treatment: meta-analysis of cohort studies. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 Jan;51(1):43-53. doi: 10.1002/uog.18930. PMID: 29114987
  14. Lee KS, Song IS, Kim ES, Ahn KH. Determinants of Spontaneous Preterm Labor and Birth Including Gastroesophageal Reflux Disease and Periodontitis. *J Korean Med Sci*. 2020 Apr 13;35(14):e105. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e105. PMID: 32281316; PMCID: PMC7152528.
  15. Berghella V, Saccone G. Cervical assessment by ultrasound for preventing preterm delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Sep 25;9(9):CD007235. doi: 10.1002/14651858.CD007235.pub4. PMID: 31553800; PMCID: PMC6953418.
  16. Liu B, Xu G, Sun Y, Du Y, Gao R, Snetselaar LG, Santillan MK, Bao W. Association between maternal pre-pregnancy obesity and preterm birth according to maternal age and race or ethnicity: a population-based study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019 Sep;7(9):707-714. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30193-7. Epub 2019 Aug 5. PMID: 31395506; PMCID: PMC6759835.
  17. Ferrero S., Cobo T., Palacio M. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino. *Protocolos Medicina Maternofetal HOSPITAL CLÍNICO-HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA* [Internet] 2022; 1-12. Available from: [www.medicinafetalbarcelona.org](http://www.medicinafetalbarcelona.org)
  18. Ruma MS, Bittner KC, Soh CB. Current perspectives on the use of fetal fibronectin testing in preterm labor diagnosis and management.

- Am J Manag Care. 2017 Dec;23(19 Suppl):S356-S362. PMID: 29297658.
19. Son M, Miller ES. Predicting preterm birth: Cervical length and fetal fibronectin. *Semin Perinatol.* 2017 Dec;41(8):445-451. doi: 10.1053/j.semperi.2017.08.002. Epub 2017 Sep 19. PMID: 28935263; PMCID: PMC6033518.
  20. Wynne K, Rowe C, Delbridge M, Watkins B, Brown K, Addley J, Woods A, Murray H. Antenatal corticosteroid administration for foetal lung maturation. *F1000Res.* 2020 Mar 30;9:F1000 Faculty Rev-219. doi: 10.12688/f1000research.20550.1. PMID: 32269758; PMCID: PMC7111495.
  21. Chollat C, Marret S. Magnesium sulfate and fetal neuroprotection: overview of clinical evidence. *Neural Regen Res.* 2018 Dec;13(12):2044-2049. doi: 10.4103/1673-5374.241441. PMID: 30323118; PMCID: PMC6199933.
  22. Daskalakis G, Arabin B, Antsaklis A, Cabero Roura L. Preterm Labor: Up to Date. *Biomed Res Int.* 2019 May 9;2019:4870938. doi: 10.1155/2019/4870938. PMID: 31211139; PMCID: PMC6532298.
  23. Strauss JF 3rd, Romero R, Gomez-Lopez N, Haymond-Thornburg H, Modi BP, Teves ME, Pearson LN, York TP, Schenkein HA. Spontaneous preterm birth: advances toward the discovery of genetic predisposition. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Mar;218(3):294-314.e2. doi: 10.1016/j.ajog.2017.12.009. Epub 2017 Dec 14. PMID: 29248470; PMCID: PMC5834399.
  24. Green ES, Arck PC. Pathogenesis of preterm birth: bidirectional inflammation in mother and fetus. *Semin Immunopathol.* 2020 Aug;42(4):413-429. doi: 10.1007/s00281-020-00807-y. Epub 2020 Sep 7. PMID: 32894326; PMCID: PMC7508962.

25. de Freitas AS, Dobbler PCT, Mai V, Procianoy RS, Silveira RC, Corso AL, Roesch LFW. Defining microbial biomarkers for risk of preterm labor. *Braz J Microbiol.* 2020 Mar;51(1):151-159. doi: 10.1007/s42770-019-00118-x. Epub 2019 Jul 22. PMID: 31332740; PMCID: PMC7058777
26. Gat R, Kachko E, Kloog I, Erez O, Yitshak-Sade M, Novack V, Novack L. Differences in environmental factors contributing to preterm labor and PPRM - Population based study. *Environ Res.* 2021 May;196:110894. doi: 10.1016/j.envres.2021.110894. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33609551.
27. Nguyen QHV, Le HN, Ton Nu VA, Nguyen ND, Le MT. Lower genital tract infections in preterm premature rupture of membranes and preterm labor: a case-control study from Vietnam. *J Infect Dev Ctries.* 2021 Jun 30;15(6):805-811. doi: 10.3855/jidc.13244. PMID: 34242190.
28. Nooshin E, Mahdiss M, Maryam R, Amineh SN, Somayyeh NT. Prediction of Preterm Delivery by Ultrasound Measurement of Cervical Length and Funneling Changes of the Cervix in Pregnant Women with Preterm Labor at 28-34 weeks of Gestation. *J Med Life.* 2020 Oct-Dec;13(4):536-542. doi: 10.25122/jml-2020-0069. PMID: 33456603; PMCID: PMC7803305.
29. Malik M, Roh M, England SK. Uterine contractions in rodent models and humans. *Acta Physiol (Oxf).* 2021 Apr;231(4):e13607. doi: 10.1111/apha.13607. Epub 2021 Jan 7. PMID: 33337577; PMCID: PMC8047897.
30. Matsuzaki S. Mechanobiology of the female reproductive system. *Reprod Med Biol.* 2021 Jul 31;20(4):371-401. doi: 10.1002/rmb2.12404. PMID: 34646066; PMCID: PMC8499606.

31. Bagga R, Arora P. Genital Micro-Organisms in Pregnancy. *Front Public Health*. 2020 Jun 16;8:225. doi: 10.3389/fpubh.2020.00225. PMID: 32612969; PMCID: PMC7308476.
32. Conde-Agudelo A, Romero R, Jung EJ, Garcia Sánchez ÁJ. Management of clinical chorioamnionitis: an evidence-based approach. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Dec;223(6):848-869. doi: 10.1016/j.ajog.2020.09.044. Epub 2020 Sep 29. PMID: 33007269; PMCID: PMC8315154.
33. Terzic M, Aimagambetova G, Terzic S, Radunovic M, Bapayeva G, Laganà AS. Periodontal Pathogens and Preterm Birth: Current Knowledge and Further Interventions. *Pathogens*. 2021 Jun 9;10(6):730. doi: 10.3390/pathogens10060730. PMID: 34207831; PMCID: PMC8227634.
34. Yavuz Y, Sentürk M, Gümüş T, Patmano M. Acute appendicitis in pregnancy. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2021 Jan;27(1):85-88. English. doi: 10.14744/tjtes.2020.22792. PMID: 33394465.
35. Krimou Y, Erraghay S, Guennoun A, Mamouni N, Bouchikhi C, Banani A. Myoma praevia and pregnancy. *Pan Afr Med J*. 2019 Jul 17;33:216. doi: 10.11604/pamj.2019.33.216.14898. PMID: 31692727; PMCID: PMC6814323.
36. Niinimäki M, Mentula M, Jahangiri R, Männistö J, Haverinen A, Heikinheimo O. Medical treatment of second-trimester fetal miscarriage; A retrospective analysis. *PLoS One*. 2017 Jul 28;12(7):e0182198. doi: 10.1371/journal.pone.0182198. PMID: 28753654; PMCID: PMC5533459.
37. Petersmann A, Müller-Wieland D, Müller UA, Landgraf R, Nauck M, Freckmann G, Heinemann L, Schleicher E. Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*.

- 2019 Dec;127(S 01):S1-S7. doi: 10.1055/a-1018-9078. Epub 2019 Dec 20. PMID: 31860923.
38. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cífková R, Dominiczak AF, Grassi G, Jordan J, Poulter NR, Rodgers A, Whelton PK. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers*. 2018 Mar 22;4:18014. doi: 10.1038/nrdp.2018.14. PMID: 29565029; PMCID: PMC6477925.
  39. Rizzo LFL, Mana DL. Treatment of hypothyroidism in special situations. *Medicina (B Aires)*. 2020;80 Suppl 6:83-93. English. PMID: 33481737.
  40. Jones MW, Gnanapandithan K, Panneerselvam D, Ferguson T. Chronic Cholecystitis. 2022 Apr 13. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan—. PMID: 29261986.
  41. Fleckenstein JM, Matthew Kuhlmann F, Sheikh A. Acute Bacterial Gastroenteritis. *Gastroenterol Clin North Am*. 2021 Jun;50(2):283-304. doi: 10.1016/j.gtc.2021.02.002. Epub 2021 Apr 23. PMID: 34024442; PMCID: PMC8793005.
  42. Stokes JM, Lopatkin AJ, Lobritz MA, Collins JJ. Bacterial Metabolism and Antibiotic Efficacy. *Cell Metab*. 2019 Aug 6;30(2):251-259. doi: 10.1016/j.cmet.2019.06.009. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31279676; PMCID: PMC6990394.
  43. Kopca T, Tulay P. Association of Assisted Reproductive Technology Treatments with Imprinting Disorders. *Glob Med Genet*. 2021 Mar;8(1):1-6. doi: 10.1055/s-0041-1723085. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33748817; PMCID: PMC7964251.
  44. Khanna D, Peltzer C, Kahar P, Parmar MS. Body Mass Index (BMI): A Screening Tool Analysis. *Cureus*. 2022 Feb 11;14(2):e22119. doi: 10.7759/cureus.22119. PMID: 35308730; PMCID: PMC8920809.
  45. Martínez Ramos AJ, Virú Flores H, Roque Quezada JC, Alburquerque Melgarejo J, Saldaña Diaz CV. Estudio de caso control en amenaza de



parto pretermino y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Peru durante la pandemia COVID-19. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 22 de febrero de 2023];20(1):39-45. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/2450>

## 6 ANEXOS

### 6.1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos del Estudio	Hipótesis	Tipo y diseño del Estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
Características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022	¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022?	Identificar las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.	Existen distintas características sociodemográficas y clínicas en las gestantes que pueden condicionar a que éstas padezcan de Amenaza de Parto Pretérmino durante su embarazo, tales como infecciones, anemia y longitud de cérvix corto.	Descriptivo, retrospectivo y observacional	Todas aquellas pacientes gestantes que hayan sido hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” con el diagnóstico de Amenaza de Parto Pretérmino (APP) en el periodo comprendido entre julio del 2019 y junio del 2022.	Se solicitará al Hospital Nacional P.N.P. “Luis N. Sáenz” las historias clínicas de las pacientes que cumplen con los criterios de inclusión del estudio y se recolectarán los datos en fichas estadísticas.

## 6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<u>Variable</u>	<u>Tipo</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Definición operacional</u>	<u>Escala</u>	<u>Valores</u>	<u>Fuente de la Información</u>
<b>Factores Sociodemográficos</b>						
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Fecha de diagnóstico menos la fecha de nacimiento.	Razón	De 0 a infinito	Historia Clínica
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Sexo reportado en la historia clínica	Nominal	1.Femenino 2.Masculino	Historia Clínica
<b>Situación laboral</b>	Cualitativa	Estado de una persona en relación al trabajo.	Situación laboral de la paciente registrada en historia clínica	Nominal	1. Ama de casa 2. Policía 3. Médico 4. Otro: _____	Historia Clínica
<b>Nivel Educativo</b>	Cualitativa	Nivel de educación más alto que una persona ha culminado.	Nivel educativo que la gestante refiere tener reportado en la historia clínica.	Nominal	1. Primaria incompleta 2. Primaria Completa 3. Secundaria Incompleta 4. Secundaria Completa 5. Superior técnico incompleto 6. Superior	Historia Clínica

					técnico incompleto  7. Superior universitario incompleto  8. Superior universitario incompleto	
<b>Distrito de procedencia</b>	Cualitativa	Cada una de las demarcaciones en que se subdivide un territorio o una población para distribuir y ordenar el ejercicio de los derechos civiles y políticos, o de las funciones públicas, o de los servicios administrativos.	Distrito en donde reside actualmente la gestante reportado en la historia clínica	Nominal	1.Ate Vitarte 2.Barranco 3.Breña 4.Carabayllo 5.Chorrillos 6.Comas 7.El Agustino 8.Independencia 9.Jesús María 10.Lima 11.Lurigancho 12.Puente Piedra 13. San Juan de Miraflores 14. Villa María del Triunfo 15.Otro: _____	Historia Clínica
<b>Patología Actual</b>						
<b>Amenaza de Parto</b>	Cualitativa	Contracciones uterinas regulares	Enfermedad se encuentra registrada	Nominal	Sí	Historia Clínica

<b>Pretérmino (APP)</b>		acompañadas de cambios cervicales (dilatación, borramiento o ambos) en una gestante entre las 20 0/7 semanas de gestación y las 37 0/7 semanas.	en la historia clínica		No	
<b>Contracciones uterinas</b>	Cualitativo	Resultado de la actividad eléctrica de las células miométricas.	Se evidencian contracciones en registro cardiotocográfico consolidado en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Cambios cervicales</b>	Cualitativo	Conjunto de cambios anatómicos, biofísicos y bioquímicos subyacentes que permiten que el cérvix cambie su consistencia, borramiento y dilatación.	Cambios reportados en el examen físico de la historia clínica	Nominal	1.Incorporación <80% 2.Incorporación >80% 3.Dilatación <2cm 4.Dilatación >2cm 5.No modificaciones cervicales	Historia Clínica
<b>Longitud de cérvix</b>	Cualitativo	Medida ecográfica comprendida entre el orificio interno del cérvix y el externo.	Medición reportada en la ecografía que está incluida en la historia clínica	Nominal	1.Cérvix Normal (>2.5cm) 2.Cérvix corto (<1cm)	Historia Clínica

<b>Fibronectina</b>	Cualitativo	Glicoproteína de la matriz extracelular que producen las células fetales y se puede detectar en el flujo cervicovaginal. Su presencia durante o después del segundo trimestre nos indica alto riesgo de parto pre término.	Examen reportado en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Infección de Tracto Urinario</b>	Cualitativo	Presencia de bacterias en el tracto urinario que pueden producir alteraciones morfológicas y/o funcionales.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Vulvovaginitis</b>	Cualitativo	Es la infección del tracto genital o la alteración de la flora bacteriana normal que lleva a síntomas como prurito y secreción vaginal.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Corioamnionitis</b>	Cualitativo	Es la presencia de fiebre materna ( $T \geq 37,8 \text{ }^\circ\text{C}$ o $\geq 38,0 \text{ }^\circ\text{C}$ ) más dos o más de los cinco signos clínicos siguientes:	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica

		taquicardia materna (FC >100 latidos/min), taquicardia fetal (LCF >160 latidos/min) , sensibilidad uterina, líquido amniótico o flujo vaginal purulento o maloliente, y leucocitosis materna (recuento de glóbulos blancos >15 000/mm <sup>3</sup> ).				
<b>Periodontitis</b>	Cualitativo	Enfermedad inflamatoria crónica multifactorial caracterizada por la destrucción progresiva de los tejidos de soporte del diente.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Gastroenterocolitis aguda</b>	Cualitativo	Infección bacteriana que ataca el tracto intestinal.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Apendicitis</b>	Cualitativo	Infección o inflamación del apéndice cecal que se origina por una obstrucción en el lumen de este.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica

<b>Colecistitis</b>	Cualitativo	Inflamación de la vesícula debido a una disfunción mecánica o fisiológica de su vaciado.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Infección por COVID- 19</b>	Cualitativo	Infección causada por el coronavirus 2019	Examen positivo para infección por COVID-19 registrado en la historia clínica: Prueba rápida, prueba antigénica o prueba molecular.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Anemia</b>	Cualitativo	Hemoglobina en el embarazo menor a 11g/dL.	Enfermedad reportada en la historia clínica y corroborada con análisis de laboratorio.	Nominal	1.No (Hb: $\geq 11$ g/dL) 2.Anemia Leve (Hb: 10.0-10.9 g/dL) 3.Anemia Moderada (Hb: 7.0-9.9g/dL) 4.Anemia Severa (Hb: $<7.0$ g/dL)	Historia Clínica
<b>Líquido Amniótico</b>	Cualitativo	Líquido acuoso claro que es producido en parte por las células amnióticas y sangre materna.	Valoración de líquido amniótico reportado en la ecografía incluida en la historia clínica.	Nominal	1.Normal (PM 20-80mm ó ILA 5-25cc) 2.Oligoamnios (PM $<20$ mm ó ILA $<5$ cc) 3.Polihidramni	Historia Clínica



					os (PM >80mm ó ILA >25cc)	
<b>Embarazo Actual</b>						
<b>Gestación simple</b>	Cualitativo	Embarazo en el cual se evidencia la presencia de un único producto de la concepción.	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Gestación múltiple</b>	Cualitativo	Embarazo en el cual se evidencia la presencia de dos o más productos de la concepción.	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Técnicas de Reproducción asistida</b>	Cualitativo	La tecnología de reproducción asistida (ART) es un campo amplio en la infertilidad que abarca diferentes tipos de tratamientos que tienen como objetivo ayudar a las parejas infértiles o subfértiles.	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	1.IVF 2.ICSI 3.IAH 4.No	Historia Clínica
<b>Controles Pre Natales</b>	Cuantitativo	Programa de estrategias coordinadas para la atención médica de la gestante en donde hay valoración continua	Dato reportado en la historia clínica.	Razón	De 0 a infinito	Historia Clínica

		de riesgo y apoyo psicológico. Según la estrategia nacional la gestante debe recibir mínimamente 6 controles en su embarazo.				
<b>Antecedentes Gineco-Obstétricos</b>						
<b>Aborto Tardío</b>	Cualitativo	Pérdida o interrupción de una gestación de más de 12 0/7 semanas y menos de 22 0/7 semanas o <500g	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Diabetes Gestacional</b>	Cualitativo	Condición en la que se desarrolla intolerancia a los carbohidratos durante el embarazo.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Trastorno Hipertensivo del Embarazo (THE)</b>	Cualitativo	Evidencia de presión sistólica elevada en 140 mm de Hg o más y/o diastólica en 90 mm de Hg o más en una gestante mayor de 20 0/7 semanas de gestación.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	1.Preeclampsia 2.Hipertensión Gestacional 3.Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia sobreagregada 4.No THE	Historia Clínica
<b>Portadora de cerclaje</b>	Cualitativo	Técnica quirúrgica utilizada para el	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí	Historia Clínica

<b>cervical</b>		tratamiento de la insuficiencia cervical.			No No se sabe	
<b>Malformaciones Uterinas (MU)</b>	Cualitativo	Defectos cuyo origen está en un desarrollo anómalo de los conductos de Müller durante la vida intrauterina del feto hembra, así como defectos de los conductos mesonéfricos.	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	1.Útero didelfo 2.Útero bicornes 3.Presencia de Septos 4.No MU	Historia Clínica
<b>Miomas Uterinos</b>	Cualitativo	Tumores benignos de músculo liso que se originan en el útero.	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Periodo Intergenésico</b>	Cualitativo	Tiempo que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo.	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	1. Normal 2. Corto (< 18 meses) 3. Largo (> 60 meses)	Historia Clínica
<b>Antecedentes Personales</b>						
<b>Diabetes Mellitus</b>	Cualitativo	Trastorno metabólico cuyo principal hallazgo es la hiperglucemia crónica, causada por una secreción de insulina alterada	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica

		o un efecto de insulina alterado o, por lo general, ambos.				
<b>IMC</b>	Cuantitativo	Es una medida basada en el peso y la altura de una persona que permite clasificar a un individuo como normal, bajo peso, sobrepeso u obeso.	IMC según la historia clínica.	Razón	De 0 a infinito	Historia Clínica
<b>Hipertensión Arterial Crónica</b>	Cualitativo	Presión persistentemente elevada en las arterias sistémicas.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Hipotiroidismo</b>	Cualitativo	Condición causada por la disminución de la producción (o acción) de las hormonas tiroideas.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Hipertiroidismo</b>	Cualitativo	Condición causada por un aumento de la producción (o acción) de las hormonas tiroideas.	Enfermedad se encuentra registrada en la historia clínica	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Tratamiento</b>						
<b>Maduración Pulmonar</b>	Cualitativo	Uso de corticoides con el fin de generar la producción de surfactante en fetos	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	1. Sí con betametasona 2. Sí con dexametasona	Historia Clínica

		pre término.			3. No	
<b>Neuroprotección</b>	Cualitativo	El uso de sulfato de magnesio en embarazos pre término con el fin de disminuir la incidencia de parálisis cerebral.	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Tocólisis</b>	Cualitativo	Es el uso de fármacos para retrasar el parto prematuro con membranas amnióticas intactas.	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Nifedipino</b>	Cualitativo	Medicamento que bloquea los canales de calcio inhibiendo de esta manera la despolarización de la membrana.	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Isoxuprine</b>	Cualitativo	Beta 2 adrenérgico, se caracteriza por unirse a receptores de las células de músculo liso y genera la inhibición de las contracciones miométriales.	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Progesterona</b>	Cualitativo	Hormona encargada de mantener la inactividad uterina durante la mayor	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica

		parte del embarazo al inhibir la transcripción de genes asociados con el trabajo de parto en el miometrio.				
<b>Indometacina</b>	Cualitativo	Antiinflamatorio no esteroideo cuya función principal es el inhibir a la ciclooxigenasa, encargada de la conversión de ácido araquidónico a prostaglandinas.	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Atosiban</b>	Cualitativo	Medicamento que se caracteriza por ser un antagonista de la oxitocina.	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Antibióticos</b>	Cualitativo	Medicamentos que alteran el metabolismo de las bacterias generando su muerte o estasis.	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	1. Ceftriaxona 2. Cefazolina 3. Gentamicina 4. Otro: _____ 5. No	Historia Clínica
<b>Analgésicos</b>	Cualitativo	Medicamento que calma el dolor	Tratamiento indicado en la historia clínica.	Nominal	1. Hioscina 2. Metamizol 3. Otro: _____ 4. No	Historia Clínica
<b>Desenlace de cuadro clínico</b>						

<b>Parto Pretérmino</b>	Cualitativo	Parto que ocurre después de las 20 0/7 semanas de gestación y antes de las 37 0/7 semanas de gestación.	Atención del parto pre término por vía abdominal o vaginal según lo reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Referencia a otro Hospital</b>	Cualitativo	Cuando se traslada a un paciente a otro nosocomio.	Dato reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Falla a tocólisis</b>	Cualitativo	Cuando después de utilizar un tratamiento tocolítico no hay respuesta favorable y persisten las contracciones o se presentan cambios cervicales.	Presencia de contracciones uterinas a pesar de tratamiento específico reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica
<b>Éxito de tratamiento</b>	Cualitativo	Cuando después de utilizar un tratamiento tocolítico cesan las contracciones uterinas y no se presentan más cambios cervicales.	Ausencia de contracciones uterinas luego del uso del tratamiento reportado en la historia clínica.	Nominal	Sí No	Historia Clínica

### 6.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Ficha Estadística:

<b>Ficha número:</b> _____	
<b>Factores Sociodemográficos</b>	
1. Número de historia clínica:	_____
2. Edad:	( ) Años
3. Sexo:	( ) Femenino ( ) Masculino
4. Distrito de Procedencia:	_____
5. Situación Laboral:	_____
6. Nivel Educativo	( ) Primaria incompleta ( ) Primaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( ) Secundaria Completa ( ) Superior técnico incompleto ( ) Superior técnico incompleto ( ) Superior universitario incompleto ( ) Superior universitario incompleto
<b>Patología Actual</b>	
6. Amenaza de Parto Pretérmino (APP)	( ) Sí ( ) No
7. Síntomas	( ) Sí (contracciones dolorosas) ( ) No
8. Modificación cervical	( ) Incorporación <80%



	<input type="checkbox"/> Incorporación >80% <input type="checkbox"/> Dilatación <2cm <input type="checkbox"/> Dilatación >2cm <input type="checkbox"/> no modificaciones cervicales
9. Evidencia de contracciones mediante registro cardiotocográfico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Longitud de cérvix (vía ecográfica)	<input type="checkbox"/> Cérvix normal <input type="checkbox"/> Cérvix corto <input type="checkbox"/> No se reporta dicha información
11. Medición de fibronectina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. Proceso infeccioso/ inflamatorio	<input type="checkbox"/> Infección de Tracto Urinario <input type="checkbox"/> Vulvovaginitis <input type="checkbox"/> Corioamnionitis <input type="checkbox"/> Periodontitis <input type="checkbox"/> Gastroenterocolitis aguda <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Colecistitis <input type="checkbox"/> Infección por COVID-19 <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No se reporta proceso infeccioso/inflamatorio
13. Anemia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> No se reporta dicha informaciónn

14. Líquido amniótico (por guía ecográfica)	<input type="checkbox"/> Valores normales <input type="checkbox"/> Oligoamnios <input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> No se reporta esta información	
<b>Embarazo Actual</b>		
15. Gestación	<input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> 2 fetos <input type="checkbox"/> 3 ó más fetos
16. Técnica de Reproducción Asistida	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> IAH <input type="checkbox"/> No	
17. Controles Pre Natales	<input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4 – 6 <input type="checkbox"/> > 6 <input type="checkbox"/> No controles reportados <input type="checkbox"/> No se cuenta con este dato en la historia clínica	
18. Hospitalización previa por APP en embarazo actual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica	
<b>Antecedentes Gineco-obstétricos</b>		
19. Historia de APP o partos pre términos en gestaciones anteriores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia	

	clínica
20. Historia de abortos tardíos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
21. Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
22. Trastorno Hipertensivo del Embarazo	<input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Hipertensión Gestacional <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia sobre agregada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
23. Portadora de cerclaje cervical	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
24. Malformaciones Uterinas	<input type="checkbox"/> Útero didelfo <input type="checkbox"/> Útero bicorne <input type="checkbox"/> Presencia de septos uterinos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
25. Presencia de miomas uterinos	<input type="checkbox"/> Sí

	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
26. Periodo intergenésico	<input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/> Dentro de lo normal
<b>Antecedentes Personales</b>	
27. Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
28. Hipertensión Arterial Crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
29. Hipo/hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
30. IMC	<input type="checkbox"/> Normal (18.5 -24.9) <input type="checkbox"/> Bajo (<18.5) <input type="checkbox"/> Sobrepeso (25.5 – 29.9) <input type="checkbox"/> Obesidad tipo I (30 – 34.9) <input type="checkbox"/> Obesidad tipo II (35 – 39.9) <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida (más de 40)
<b>Tratamiento</b>	

31. Maduración Pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí con Betametasona <input type="checkbox"/> Sí con Dexametasona <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
32. Neuroprotección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
33. Tocólisis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
34. Nifedipino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
35. Isoxuprine	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
36. Progesterona como profilaxis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se cuenta con información en la historia clínica
37. Progesterona como tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
38. Indometacina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
39. Atosiban	<input type="checkbox"/> Sí

	<input type="checkbox"/> No
<b>Desenlace de cuadro clínico</b>	
40. Remite el cuadro de APP con tratamiento empleado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
41. Remite el cuadro de APP con dos ciclos de tocólisis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
42. No remite el cuadro de APP y paciente es referida a otro nosocomio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
43. No remite el cuadro y termina en la atención del parto pretérmino en la institución	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

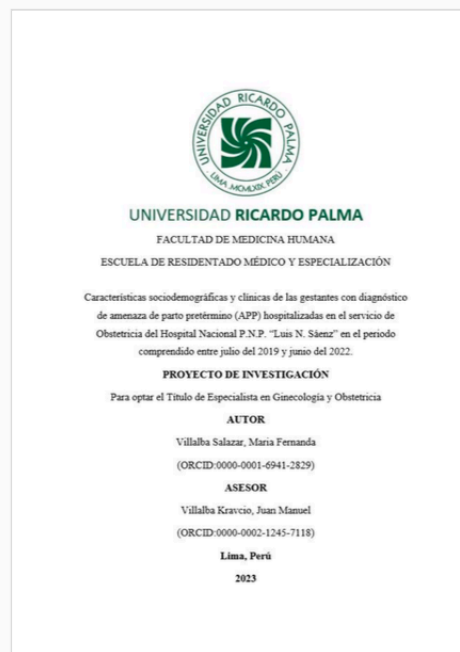


## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Maria Fernanda Villalba Salazar  
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado  
Título de la entrega: Características sociodemográficas y clínicas de las gestantes...  
Nombre del archivo: Proyecto\_de\_Investigacio\_n\_APP\_FINAL.docx  
Tamaño del archivo: 257K  
Total páginas: 54  
Total de palabras: 9,087  
Total de caracteres: 51,143  
Fecha de entrega: 24-abr.-2023 09:19a. m. (UTC-0500)  
Identificador de la entre... 2074034271



# Características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (APP) hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional P.N.P. "Luis N. Sá

## INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>16%</b>	<b>19%</b>	<b>10%</b>	<b>9%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Ricardo Palma</b> Trabajo del estudiante	<b>5%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.undac.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>5</b>	<b>Fernandez Larios Joaquin P.. "Determinacion de interleucina 6 en exudado vaginal como factor predictivo de parto pretermino", TESIUNAM, 2004</b> Publicación	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>fecolsog.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.medigraphic.com</b> Fuente de Internet	



		1 %
8	<a href="http://www.scielo.org.pe">www.scielo.org.pe</a> Fuente de Internet	1 %
9	<a href="http://www.hospitalvitarte.gob.pe">www.hospitalvitarte.gob.pe</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1 %
11	<a href="http://www.monografias.com">www.monografias.com</a> Fuente de Internet	<1 %
12	<a href="http://myslide.es">myslide.es</a> Fuente de Internet	<1 %
13	<b>Castañeda Tenorio Mariana. "Resultados perinatales de embarazos logrados por terapia de reproducción asistida versus embarazos espontáneos", TESIUNAM, 2018</b> Publicación	<1 %
14	<b>Submitted to Universidad Catolica De Cuenca</b> Trabajo del estudiante	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo