

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN
OBSTETRICIA



TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y
LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE
CANGALLO - AYACUCHO - 2021

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD
SUB-LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR
IMÁGENES EN OBSTETRICIA

TESISTA:

YUPANQUI GOMEZ TANIA ELIZABETH

ASESORA:

MG. ESPINOZA DE SANTIAGO YOLA

HUÁNUCO – PERÚ

2024

DEDICATORIA

A Dios, por haber guiado mis pasos desde siempre y permitirme culminar con éxito mi especialidad en monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes en obstetricia.

A mi familia; esposo e hijos, por darme su apoyo incondicional en el desarrollo profesional.

T.E.Y.G

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizan”, por haberme permitido adquirir amplios conocimientos a través de la segunda especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia.

A los docentes de la segunda especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, por abrirme las puertas y darme la oportunidad de seguir avanzando y actualizándome en mi carrera profesional.

Quisiera expresar mi más profundo agradecimiento a la Obsta. Yola Espinoza de Santiago, quien fue mi asesora, por su paciencia y constancia que me ayudaron a concluir este trabajo de tesis, por ello mi gratitud.

A las autoridades del Hospital de Apoyo Cangallo, por las facilidades que se me brindó para realizar el presente trabajo de tesis.

RESUMEN

El monitoreo fetal electrónico es una técnica utilizada durante el embarazo para evaluar la salud y el bienestar del feto. Consiste en la medición continua de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas, con la finalidad de detectar cualquier signo de sufrimiento fetal o complicaciones.

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de conocer los resultados de la monitorización cardiotocográficos del Test No Estresante y su relación con la vía de culminación del parto en gestantes a término atendidas en el Hospital de Apoyo de Cangallo mediante una investigación aplicada, transversal, retrospectiva, con diseño no experimental y correlacional; donde se evaluó a una muestra de 180 grávidas, determinándose los siguientes resultados: Del 100% (180) gestantes evaluadas con el test no estresante, el 81,1% (146) tuvo como resultado un feto activo reactivo, de las cuales 46,7% (84) tuvieron parto vaginal y el 34,4% (62) fueron cesareadas. Asimismo, el 15,6% (28) resultaron con feto activo no reactivo, de ellas el 11,7% (21) terminaron su gestación con una cesárea y el 3,9% (07) por vía vaginal. El 81,1% de las gestantes con evaluación cardiotocográfica tuvieron como resultado un feto activo reactivo por lo cual sus fetos presentaron un buen Apgar al minuto y a los 5 minutos de 7 a 10.

En conclusión, se halló una asociación significativa con un $p < 0.05$ entre los resultados de la monitorización cardiotocográficos del Test no Estresante y el método de parto en gestantes a término atendidas en el Hospital de Apoyo de Cangallo.

Palabras clave: gestante, test no estresante, parto.

ABSTRACT

Electronic fetal monitoring is a technique used during pregnancy to evaluate the health and well-being of the fetus. It consists of the continuous measurement of fetal heart rate and uterine contractions, in order to detect any signs of fetal distress or complications.

The present research work was carried out with the objective of knowing the cardiotocographic results of the non-stressful test and its relationship with the path of completion of labor in full-term pregnant women treated at the Cangallo Support Hospital through an applied, transversal, research. retrospective, with a non-experimental and correlational design; where a sample of 180 pregnant women was evaluated, determining the following results: Of the 100%(180) pregnant women evaluated with the nonstressful test, 81.1%(146) had an active reactive fetus, of which 46, 7% (84) had a vaginal delivery and 34.4% (62) had a cesarean section. Likewise, 15.6%(28) had an active non-reactive fetus, of which 11.7%(21) completed their pregnancy with a cesarean section and 3.9%(07) vaginally. 81.1% of pregnant women with cardiotocographic evaluation had an active reactive fetus, which is why their fetuses had a good Apgar score at one minute and at 5 minutes from 7 to 10.

In conclusion, a significant association ($p<0.05$) was found between the cardiotocographic results of the non-stressful test and the method of delivery in term pregnant women treated at the Cangallo Support Hospital.

Keywords: pregnant woman, non-stressful test, childbirth.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Fundamentación del problema	10
1.2. Formulación del problema.	12
1.2.1. Problema General.....	12
1.2.2. Problemas Específicos	12
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos.....	13
1.4. Justificación e importancia	13
1.5 Limitaciones.....	14
1.6. Formulación de la hipótesis	14
1.6.1. Hipótesis General:.....	14
1.6.2. Hipótesis específica.....	14
1.7. Sistema de variables.....	15
1.8. Operacionalización de variables	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes	18
2.2. Bases Teóricas	23
2.3. Definición de términos básicos	38
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	40
3.1. Ámbito	40
3.2. Determinación del Universo o Población	40
3.3. Selección de la Muestra	40
3.4. Nivel y tipo de estudio	41
3.5. Diseño de Investigación.....	41

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.7. Validación y confiabilidad del instrumento	42
3.8. Procedimiento	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	43
4.1. Análisis de los resultados	43
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
ANEXOS	61
ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA	62
ANEXO 02: INSTRUMENTOS: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	63
ANEXO 03: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR JUECES	65
ANEXO 04: CONSENTIMIENTO INFORMADO	68
ANEXO 05: RESOLUCIÓN DE EXCLUSIVIDAD DEL TÍTULO	69
ANEXO 06: RESOLUCIÓN DE DESIGNACIÓN DE JURADO	71
ANEXO 07: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PROYECTO	73
ANEXO 08: RESOLUCIÓN DE MODIFICACIÓN DE TÍTULO	74
ANEXO 09: RESOLUCIÓN DE EXPEDITO, FECHA, HORA Y LUGAR DE SUSTENTACIÓN	76
ANEXO 10: NOTA BIOGRÁFICA	79
ANEXO 11: ACTA DE SUSTENTACIÓN	80
ANEXO 12: CONSTANCIA DE SIMILITUD	81
ANEXO 13: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN	87

INTRODUCCIÓN

El monitoreo cardiotocográfico es una evaluación comúnmente utilizada en la atención obstétrica, la cual implica el registro constante, ya sea en formato impreso o electrónico, de la frecuencia cardíaca del feto y las contracciones uterinas de la madre; esto se logra mediante un monitor dispuesto sobre la pared abdominal de la madre, el cual adapta mediciones de presión y de transmisión ultrasónica para detectar las contracciones y la frecuencia cardíaca fetal, respectivamente. El análisis de este examen típicamente involucra la evaluación de parámetros del trazado cardiotocográfico, como la línea de base o la presencia de aceleraciones y desaceleraciones. Estos parámetros proporcionan base para clasificar los registros como normales, sospechosos o anormales, si bien los términos y criterios pueden variar entre las instituciones médicas que establecen directrices para la interpretación de la cardiotocografía.

Se considera que este examen proporciona información importante sobre la función neurológica y miocárdica del feto durante la vigilancia intraparto y anteparto, sin embargo, la implementación de este examen en sus modalidades intermitente y continua en la práctica clínica ha generado el aumento de las intervenciones obstétricas que no necesariamente han llevado a la disminución de la morbimortalidad fetal, pues existe poca correlación entre los desenlaces desfavorables y la frecuencia cardíaca fetal. Además, se han observado que existen pobres valores de sensibilidad y especificidad asociados a este examen, que no hay beneficio del uso de la cardiotocografía en mujeres de bajo riesgo y el aumento de al menos el 20 % de la realización de cesáreas entre las gestantes.

Por todo lo mencionado, el objetivo de esta presente investigación fue conocer los resultados cardiotocográficos del test no estresante y su relación con la vía de culminación del parto en gestantes a término atendidas en el Hospital de Apoyo de Cangallo. Este estudio se llevó a cabo mediante una investigación aplicada, transversal, retrospectiva, con un diseño no experimental y correlacional; donde se evaluó a una muestra de 180 gestantes, determinándose los principales resultados: Del 100%(180) gestantes evaluadas con el test no estresante, el 81,1%(146) tuvo como resultado un feto activo reactivo, de las cuales 46,7%(84) tuvieron parto vaginal y el 34,4%(62) fueron cesareadas. Asimismo, el 15,6% (28) resultaron con feto activo no reactivo, de ellas el 11,7%(21) finalizaron su embarazo con una cesárea y el 3,9%(07) por vía vaginal. El estudio de investigación se dividió en varios capítulos, que se detallan a continuación:

Capítulo I: En este capítulo se presenta la fundamentación del problema de investigación. También se plantea el problema general, los problemas específicos y los objetivos generales y específicos del estudio. Además, se proporciona la justificación del estudio para darle valor científico.

Capítulo II: En esta parte de la tesis se expone el marco teórico, que abarca los antecedentes a nivel internacional, nacional y local, junto con las bases teóricas y conceptuales de cada variable y sus dimensiones.

Capítulo III: En este capítulo se expone el marco metodológico del estudio. Se incluye la descripción del ámbito de estudio, la población objetivo y muestra, así como el tipo y nivel de investigación, el diseño de investigación, los métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como la validez y confiabilidad de los mismos.

Capítulo IV: En este capítulo se presentan los resultados del estudio. Se incluyen cuadros y gráficos con un análisis descriptivo y un análisis inferencial de las variables de estudio.

Capítulo V: Por último, en este capítulo se realiza la discusión y contrastación de los resultados con los de otros autores. También se presentan las conclusiones y recomendaciones, seguidas de las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

La obstetricia tiene como objetivo principal conocer, supervisar y mejorar de manera constante la salud tanto de la madre como del feto. Sin embargo, el curso del parto ha sido caracterizado como un momento delicado que puede acarrear diversos problemas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se observa una tasa de mortalidad neonatal del 40% durante las primeras 24 horas de vida, con un 9% de estos casos relacionados con sufrimiento fetal durante el trabajo de parto. Además, se estima que el 60% de casos de sufrimiento fetal se diagnostican antes del nacimiento¹. Por lo tanto, es importante utilizar la vigilancia fetal a través del NST para detectar tempranamente a los fetos que han estado expuestos a hipoxia. Esto nos permitirá decidir adecuadamente sobre la mejor forma de finalizar el parto, ya sea mediante un parto vaginal o una cesárea, con el objetivo de mejorar el efecto perinatal del bebé.

La cardiotocografía es un examen ampliamente utilizado en mujeres embarazadas para evaluar cuan saludable se encuentra el feto. Este método implica la vigilancia constante de los latidos cardíacos del feto, observando su ritmo y frecuencia de manera continua, y estableciendo conexiones con eventos como las contracciones uterinas, los movimientos del feto y estímulos externos; por otro lado, el propósito es realizar un seguimiento del feto durante el período previo y durante el parto, con el fin de evitar desenlaces perinatales desfavorables, como la hipoxia fetal y la acidemia, que aún pueden ser reversibles; así contribuye a reducir las tasas de mortalidad perinatal y la incidencia de parálisis cerebral.

En el ámbito de las pruebas de monitorización fetal, se destaca el test no estresante (NST), reconocido como la principal herramienta de vigilancia fetal tanto en embarazos habituales como en aquellos de peligro elevado; de igual manera el monitoreo del ritmo cardíaco fetal puede ofrecer una alerta temprana sin presentar contraindicaciones, a diferencia del NST, que evalúa el bienestar fetal al analizar la reactividad fetal mediante la observación de la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos fetales previos al parto, y según los resultados obtenidos, se puede determinar la mejor forma de finalizar el parto².

El Test No Estresante (NST), también conocido por sus siglas en inglés NST, permite detectar la hipoxia fetal y brinda al personal de salud la oportunidad de aplicar

medidas no invasivas, como ajustes en la posición y administración de oxígeno, para corregir o mitigar la falta de oxígeno. En casos donde estas medidas no sean efectivas, el NST puede ayudar al personal de salud a evaluar la gravedad y duración de la hipoxia fetal, así como a determinar la presencia de acidosis metabólica; si la hipoxia es severa y se confirma la acidosis metabólica, el monitoreo fetal proporcionará alertas anticipadas para tomar decisiones oportunas respecto al final del embarazo, ya sea mediante un parto vaginal instrumental o una cesárea, con el objetivo de prevenir posibles daños o la pérdida del feto³.

El Test No Estresante (NST) es una prueba ampliamente utilizada para la evaluación del bienestar fetal. La mortalidad prenatal es significativamente mayor cuando el resultado del NST es no reactivo en comparación con la prueba de esfuerzo de contracción, lo que confiere un alto valor predictivo cuando el NST muestra resultados normales o reactivos. Se ha observado que un NST reactivo se relaciona con una tasa de mortalidad perinatal de alrededor del 5%⁴.

En su estudio publicado por la OMS en 2010, Okusanya descubrió que las mujeres que mostraban un resultado no reactivo en la prueba sin estrés mostraron una probabilidad significativamente superior de someterse a un parto por cesárea, experimentar una alta mortalidad perinatal y dar a luz a neonatos pequeños para la edad gestacional. Como conclusión, sugirió que la prueba sin estrés no reactiva especialmente en entornos con recursos limitados. Además, resaltó la importancia futura de la evaluación de la cardiotocografía prenatal, anticipando un aumento en su uso a medida que más Unidades Obstétricas adquieran el equipo necesario⁵.

Por otro lado, en una investigación realizada por Paccha en Ecuador en 2016, se señala que el objetivo del registro cardiotocográfico es evitar la morbimortalidad fetal y materna al prevenir intervenciones no necesarias, reduciendo así la prematuridad iatrogena y las cesáreas innecesarias⁶.

El Instituto Nacional Materno Perinatal describe el monitoreo fetal electrónico como una prueba diagnóstica destinada a evaluar la unidad fetoplacentaria. Este procedimiento se enfoca en el análisis de los latidos cardíacos del feto con el propósito de detectar la presencia de hipoxia fetal y prevenir posibles casos de asfixia neonatal que podrían resultar en daño neurológico o incluso en la muerte fetal.

La prueba no estresante se presenta como un método eficiente para la evaluación de la condición fetal. Su beneficio más destacado radica en la capacidad de identificar fetos considerados "normales", lo que a menudo facilita la toma de decisiones

obstétricas. Es crucial buscar una comprensión más profunda de los patrones "anormales" en la frecuencia cardíaca fetal. Con un superior entendimiento, sería lógico considerar la posibilidad de extender la aplicación de las pruebas de frecuencia cardíaca fetal anteparto a un grupo más extenso de grávidas, con el objetivo de determinar una conducta obstétrica apropiada⁷.

Este estudio cobra relevancia dado que el test es ampliamente utilizado para el monitoreo fetal durante el parto, y la escasez de investigaciones que reconozcan su importancia y su vinculación con la necesidad de realizar cesáreas. Con el objetivo de adquirir nuevos enfoques y conocimientos en este ámbito, se formuló la siguiente problemática de investigación.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los resultados del test no estresante en gestantes a término asociados a la vía de culminación del parto Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuáles serán los resultados del test no estresante asociados al apgar del recién nacido atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021?
2. ¿Cuáles serán los resultados del test no estresante asociados al apgar al minuto del recién nacido de partos de gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021?
3. ¿Cuáles serán los resultados del test no estresante asociados al apgar a los 5 minutos del recién nacido de partos de gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021?
4. ¿Cuáles son los resultados del test no estresante asociados a la edad materna en gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021?
5. ¿Cuál es la asociación que existe entre los factores maternos edad gestacional y paridad con los resultados del test no estresante en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Establecer la asociación entre los resultados del test no estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar los resultados del test no estresante asociados al apgar del recién nacido de parto de gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.
2. Determinar los resultados del test no estresante asociados al apgar al minuto del recién nacido de partos de gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.
3. Determinar los resultados del test no estresante asociados al apgar a los 5 minutos del recién nacido de partos de gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.
4. Determinar los resultados del test no estresante asociados a la edad materna en gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.
5. Establecer la asociación que existe entre los factores maternos edad gestacional y paridad con los resultados del test no estresante en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

1.4. Justificación e importancia

El fundamento del test no estresante reside en que la frecuencia cardíaca de un feto con una oxigenación adecuada y un estado neurológico habitual se incrementará temporalmente en respuesta al movimiento fetal. La pérdida de reactividad está comúnmente asociada con el ciclo del sueño, pero también puede indicar la depresión del sistema nervioso central del feto o acidosis fetal, lo que requiere una evaluación prolongada o el uso de otras técnicas como el perfil biofísico, la prueba de líquido amniótico o el estudio Doppler de la arteria umbilical, dependiendo del contexto clínico. Cuando se aplica correctamente el NST y se utiliza una técnica estándar con una adecuada interpretación, puede ser de gran utilidad en la planificación de la gestión futura, incluida la elección de la vía de nacimiento.⁴

El test no estresante, viene a ser una prueba de diagnóstico simple integrada en los exámenes para evaluar el bienestar fetal, ha demostrado ser a lo largo del tiempo

una opción conveniente y confiable para la vigilancia prenatal. Ofrece una precisa predicción de aquellos fetos que no requieren una intervención obstétrica urgente o temprana, evitando así riesgos iatrogénicos innecesarios en los embarazos y reduciendo la carga médica, financiera y emocional asociada, en casos que culmine el embarazo a través de una intervención quirúrgica como es la cesárea.

Este estudio posibilitará la toma inmediata de decisiones en relación con la culminación del embarazo. Dado que un feto con sufrimiento fetal agudo enfrenta el riesgo de daño neurológico irreversible, la realización del test no estresante permite al profesional decidir entre un parto vaginal o una cesárea. Esta determinación busca contribuir a la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal.

1.5 Limitaciones

Considero que la presente investigación no tiene limitaciones porque el test no estresante es una prueba de bienestar fetal que no tiene contraindicaciones y que se realiza en el Hospital de Apoyo de Cangallo “Juan Fukunaga Soyama” donde laboro como Obstetra asistencial, por lo cual me es fácil entrar en contacto con la unidad muestral y las respectivas historias clínicas, para hacer el seguimiento respectivo y lograr la recolección de datos.

1.6. Formulación de la hipótesis

1.6.1. Hipótesis General:

H_i: Existe asociación significativa entre el Test No estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

H_o: No existe asociación significativa entre los resultados del Test No Estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

1.6.2. Hipótesis específica

Ha1: Existe asociación significativa entre los resultados del test no estresante y el apgar del recién nacido de parto de gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

Ho1: No existe asociación significativa entre los resultados del test no estresante y el apgar del recién nacido de parto de gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

Ha2: Existe asociación significativa entre los resultados del test no estresante y el apgar al minuto del recién nacido de partos de gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

Ho2: No existe asociación significativa entre los resultados del test no estresante y el apgar al minuto del recién nacido de partos de gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

Ha3: Existe asociación significativa entre los resultados del test no estresante con el apgar a los 5 minutos del recién nacido de parto de gestante a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

Ho3: No existe asociación significativa entre los resultados del test no estresante con el apgar a los 5 minutos del recién nacido de parto de gestante a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

Ho4: Existe asociación significativa entre los resultados del test no estresante con la edad materna en gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

Ho4: Existe asociación significativa entre los resultados del test no estresante con la edad materna en gestantes a término. en el Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021.

Ha5: Existe asociación significativa entre los factores maternos edad gestacional y paridad con los resultados del test no estresante, en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021

Ho5: No existe asociación significativa entre los factores maternos edad gestacional y paridad con los resultados del test no estresante, en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021

1.7. Sistema de variables

V1: Variable independiente

Resultados del test no estresante, consistieron en tres categorías que vienen a ser:

- Activo reactivo
- Activo no reactivo
- Patológico

V2: Variable dependiente

Vía de culminación del parto:

- Vaginal
- Cesárea

Variables intervinientes

- Edad materna
- Edad gestacional y
- Apgar neonatal

1.8. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO
<i>INDEPENDIENTE</i>				
Test no estresante (NST)	Monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal estudiando las características, así como también las modificaciones de la FCF que ocurren con los movimientos fetales.	Feto activo reactivo Feto activo no reactivo Feto hipoactivo no reactivo	<ul style="list-style-type: none"> • Reactivo • No reactivo • Patológico 	Trazados cardiotocográficos y revisión de Informes de monitoreo fetal electrónico
<i>DEPENDIENTE</i>				
Vía del parto	Es el proceso por el cual se expulsa del útero el producto de la concepción	Dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Cesárea 	Revisión de Historia Clínica.
<i>INTERVINIENTES</i>				
Edad Gestacional	Es el periodo de tiempo que tiene una mujer gestante hasta el momento de su evaluación o parto, se dan en semanas.	A término Postérmino	<ul style="list-style-type: none"> • 37-38semanas • 39-40 semana >40 y <41semanas	Revisión de Historia Clínica.
Apgar neonatal	valoración del estado cardiorrespiratorio y neurológico al nacer aplicado en el periodo neonatal inmediato	- Normal - Asfixia leve - Asfixia Grave	- 7 a 10 puntos - 4 a 6 puntos - 0 a 3 puntos	
EDAD	Tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.		- < de 19 - 20 a 35 años - 36 a más años	Revisión de historias clínicas

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Chávez J (Ecuador, 2022); la investigación titulada: La eficacia del monitoreo electrónico fetal como indicador de la salud fetal comprometida en embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca en 2020. identificó diversas características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes. Entre los hallazgos, observó que el 38.83% de embarazadas que recurrieron por emergencia tenían de 25 – 34 años, el 44.66% de las embarazadas tuvieron un estado civil de unión libre, el 73.30% contaban con educación secundaria y el 70.63% de las gestantes provenían de áreas rurales. En cuanto a las características obstétricas, el 82.77% experimentaron un embarazo a término (≥ 37 semanas) y el 40.53% eran nulíparas. Respecto al monitoreo electrónico fetal, determinó que el 30% de las gestantes presentaban un alto riesgo obstétrico, con compromiso del bienestar fetal, y el 50.97% de estos casos culminó con un parto por cesárea. Además, se observó que el 55% de los neonatos presentó un Apgar por debajo de 7 puntos al minuto, indicando una disminución de exactitud del test no estresante.²²

Paccha C. (Ecuador, 2016) En su investigación titulada Resultados Neonatales y tipo de parto en Gestaciones a Término de acuerdo al Registro Cardiotocográfico. Realizó la investigación en el Hospital de San Vicente de Paul, fue “resultados neonatales y tipo de parto en gestaciones a término de acuerdo al registro cardiotocográfico”, como conclusión que la relación del registro cardiotocográfico con el APGAR del recién nacido no tiene relación estadísticamente significativa, siendo un valor de χ^2 7,37 y p: 0,117 para el Apgar al primer minuto y χ^2 de 4,65 y p: 0,09 para el Apgar al quinto minuto. También se estableció que no existe relación estadísticamente significativa entre el registro cardiotocográfico y líquido amniótico al momento del nacimiento, obteniendo un valor de χ^2 de 6,10 y p: 0,41. A igual que la relación del registro cardiotocográfico y la vía de parto no son estadísticamente significativo al obtener valor de χ^2 : 4,75 y p:0,0931.

Celi Mejia, Andrea; (Ecuador,2015) En cuanto a la relación entre el Monitoreo fetal Electrónico y la vía de terminación del embarazo tenemos que el 80% de estos fueron reactivos y culminaron por vía vaginal; mientras que el 20% que demostraron no reactivos y terminaron en cesáreas lo que coincide con el estudio acerca de la

correlación clínica entre el monitoreo fetal intraparto intranquilizante y la resultante neonatal en gestaciones a término al enrique c. Sotomayor durante el periodo 2007-2009, en el cual al tabular la vía de nacimiento de los productos con APGAR menores a 7, se determinó, que también en ellos, la cesárea había predominado.

En cuanto a la relación entre el Monitoreo fetal Electrónico reactivo con el APGAR del neonato podemos apreciar que el 97,22% obtuvo un APGAR con una puntuación >7 y solo el 2,08% un APGAR con una puntuación de 4-6 lo que coincide con el estudio sobre el valor predictivo de perfil biofísico en gestantes a término en relación a las condiciones neonatales al momento del nacimiento, Hospital Santa Rosa, de Perú en el 2001 en cuanto a relación entre el perfil biofísico fetal y las condiciones del neonato en la cual la probabilidad de neonatos que no presentan alteración en las condiciones neonatales en relación al perfil biofísico normal fue de 96,25%, cual representa la especificidad.

En cuanto a la relación entre el Monitoreo fetal Electrónico no reactivo con el APGAR del neonato podemos apreciar que el 58,33% obtuvo un APGAR con una puntuación de 4-6 y solo el 41,67% un APGAR con una puntuación <7 lo que coincide con el estudio realizado en la ciudad de Quito sobre el valor predictivo del Monitoreo Fetal ante parto para determinar complicaciones del neonato al nacimiento en el hospital Metropolitano en el 2014 en el cual la relación realizada entre Puntuación de APGAR y Categorización de monitoreo fetal se obtuvo que el 49.1% obtuvieron una puntuación de APGAR de 4 A 6 con lo que se puede observar que la sensibilidad del monitoreo fetal es de alta; es decir el monitoreo fetal electrónico anormal nos indica compromiso de bienestar fetal en dicho porcentaje mientras que el 82% de los Monitoreos fetales electrónicos fueron normales nos indican una buena especificidad y una ausencia de compromiso de bienestar fetal en dicho.

2.1.2 . Nacionales

Gomez, Magaly.(Cusco, 2023); En su estudio “Relación entre monitoreo fetal electrónico y apgar del recién nacido en pacientes atendidas en Essalud Cusco” Los resultados más relevantes son: Con respecto a las características sociodemográficas en cuanto a la edad de la gestante, el 61% tiene edad de 19 a 34 años que se sometieron al test no estresante y el 63% al test estresante, grado de instrucción el 51% tienen estudios superiores correspondientes a no estresante y 45% estresante, estado civil el 54% es casado estresante y 51% no estresante, las características ginecoobstétricas,

la edad gestacional de la población fue mayor a los 37 a 40 semanas donde 63% es no estresante y 61% estresante, la edad gestacional de la población fue mayor a los 37 a 40 semanas donde 63% es no estresante y 61% estresante, al test no estresante y Apgar del recién se demostró una diferencia significativa ($p=0,065$) con el cual se indica que no existe una relación entre el monitoreo fetal electrónico y el Apgar al minuto.

Con respecto a la relación entre el test no estresante y test de APGAR se halló que la línea de base y los movimientos fetales del test no estresante se relacionan con el Test de APGAR, mientras que la variabilidad, aceleraciones y desaceleraciones no tienen relación con el test de APGAR. Asimismo, se halló como resultados de la relación entre el test estresante y el test de APGAR se pudo encontrar que la frecuencia cardiaca, actividad muscular, reflejos e irritabilidad y coloración del test de APGAR si guardan relación con el test estresante, mientras que el esfuerzo respiratorio del test de APGAR no guarda relación con el test estresante.

Cahua Diaz, Deysi M; (ICA, 2020) en su investigación "Relación entre la valoración cardiotocográfica del test no estresante y resultados perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica. enero a junio, 2020. de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con un diseño descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 204 gestantes con embarazo a término a quienes se les realizó el test no estresante y cuyos partos fueron atendidos en el hospital Regional de Ica. Resultados: la vía del parto fue en un 74.6% por vía vaginal en el NST reactivo, mientras que en el NST no reactivo la vía del parto fue por cesárea en un 5.9%; en cuanto al líquido amniótico el 86.3% y 8.3% fue claro en el NST reactivo y no reactivo respectivamente; en el Apgar se obtuvo el 82% con 7 a 10 en NST reactivo y 6.8% entre 4 a 6 con NST no reactivo. Conclusión: Existe relación significativa entre la valoración cardiotocográfica y Apgar al minuto, vía del parto y líquido amniótico obteniendo $p= 0.000$.

Rojas, Nicolas, Yenny Celenny; (Huanuco, 2018) Resultados del test no estresante anteparto relacionado con el estado de bienestar neonatal según la vía de parto en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" enero a junio 2018. En los datos generales como la característica sociodemográfica de la edad en años de las gestantes atendidas encontramos con mayor frecuencia: las edades comprendidas entre de 20 a 49 años (86,4%) y en cuanto a la zona de residencia de las gestantes encontramos que la mayoría viven en periferie urbana (51,1%) En

antecedentes obstétricos se encontró, que la mayoría de las gestantes, 55,1% eran multíparas y en el caso de la edad gestacional el 37,5% tenían 39 semanas de gestación. En cuanto al test no estresante, el 56,3% resultaron no reactivo, en el caso del test de apgar con depresión moderada el 59,1%, con líquido amniótico verde 56,8% y el 63,9% terminaron el parto por vía abdominal (cesarea). Existe una relación predictiva entre los resultados del test no estresante anteparto y el estado de bienestar neonatal en gestantes ($p=0,038$) Existe relación entre los resultados del bienestar neonatal y la vía de parto en las gestantes ($p=0,000$).

Zegarra Caro, Rosio del Rosario, Conde Félix, Alicia Mercedes; (Lambayeque, 2017); “Hallazgos cardiotocográficos del test no estresante y resultados perinatales en gestantes a término atendidos en el hospital referencial Ferreñafe de enero a junio 2017”. Revisándose 42 historias clínicas de gestantes con el test no estresante (NST) y terminaron en parto vaginal o cesárea. **Resultados:** 50% tuvieron 38 semanas, 60% registra entre 7 a 10 controles prenatales, el 40% fueron primigestas. Los hallazgos cardiotocográficos del test no estresante y la vía de parto en embarazo a término, indican que el 93% fue vaginal y el 7% por cesárea. Apgar al minuto, el 71% fue 7 a 10 y a los 5 minutos el 100% entre 7 a 10. **Conclusión:** Los antecedentes obstétricos de las gestantes indican que mayoritariamente se encuentran en la semana 38. Hay predominancia entre 7 a 10 controles prenatales. Asimismo, las primigestas se hallaron en mayor proporción, la finalización del parto indican que predominó la vía vaginal sobre la cesárea, el puntaje Apgar al minuto, tuvo un puntaje entre 7 a 10 y a los 5 minutos la totalidad presentó entre 7 a 10.

I M Cifuentes pecho. (Junín, 2021); Parámetros cardiotocográficos del test estresante, la vía del parto y el Apgar del recién nacido, en gestantes atendidas en el Hospital “El Carmen” Huancayo, entre enero a junio del 2017; la metodología utilizada fue no experimental, corte transversal, correlacional y retrospectivo; la muestra se constituyó por 159 mujeres en gestación con test estresante (CST); la técnica fue análisis documental, el instrumento, la ficha de recolección de datos, obteniéndose los siguientes resultados: 32.7% tienen edades entre 20 y 25 años, los resultados del test estresante fueron: un 89.3% categoría I, 9.4% de categoría II y 1.3% de categoría III; la vía del parto más frecuente fue el parto vaginal distócico con 47.2% seguido de parto abdominal (cesárea) con un 43.4% y parto eutócico un 9.4%; el 78.7% de neonatos de madres con test estresante tuvieron Apgar normal al minuto (64.2% con Apgar 8 y 14.5% con Apgar 9) el 20.7% tuvo asfixia leve (Apgar 7, 6,5) y 0.6% tuvo

asfixia severa (Apgar 3); a los cinco minutos el 100% tuvo Apgar normal; en conclusión: no se encontró relación estadística significativa del test estresante y vía del parto ($p - \text{valor} = 0.14$) tampoco con el Apgar del recién nacido ($p - \text{valor} = 0.393$).

Quispe Solis, C. R. (2018). Registros cardiotocográficos del test no estresante y su relación con el apgar del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue El Agustino de enero a marzo 2017. Conclusión del test NST reactivo con un total de 86% y nst no reactivo 14%; de ellos presentaron sufrimiento fetal agudo el 4.12%. Al análisis estadístico nos indica que el color del líquido amniótico, vía de parto; no tiene relación; pero sí, el apgar al minuto, apgar a los cinco minutos, hospitalización del recién nacido y el sufrimiento fetal agudo. Conclusiones: se acepta la hipótesis del trabajo, lo cual nos indica que existe una relación con alta significancia estadística entre la conclusión del test no estresante y el apgar del recién nacido.

Guzmán, U. (Lima, 2018) “Monitoreo fetal electrónico y Apgar del recién nacido en el Hospital Nacional dos de mayo, agosto a diciembre 2017”. La muestra estuvo conformada por 200 mujeres embarazadas. Resultados: Se encontró la relación ($p=0.614$) entre NST y el APGAR del RN al minuto; 61 mujeres embarazadas tuvieron NST no reactivo con 34.5% de RN con APGAR<7 y 139 tuvieron NST reactivo con 65.5% de recién nacidos con APGAR<7; 52% de embarazadas tiene secundaria completa, el 31% tienen secundaria incompleta, el 64% de embarazadas tenía entre 17 y 25 años, 38% de gestantes fue primípara y el resto multípara; tiene sensibilidad de 34.5%, la especificidad de 70.2%, el valor predictivo negativo 86.3% y el valor predictivo positivo 16.4%; hubo 126 cesáreas y el resto parto vaginal. No se encontró relación entre NST y APGAR del RN.

2.1.3 Regionales

Quispe Ore, Deysi; (Ayacucho, 2021) Vía de culminación del parto en gestantes a término con monitoreo fetal electrónico. Hospital Jesús de Nazareno. Abril - junio, 2021. Muestra de 58 gestantes, concluyó que; La vía de culminación del parto más frecuente de las gestantes a término con monitoreo fetal electrónico fue a través de una cesárea en el 72,4% (42) y el 27,6% (16) fue por vía vaginal. 2. El tipo de monitoreo fetal electrónico más frecuente fueron realizadas en el ante parto a través del test no estresante (NST) en el 89,7% (52) y el 10,3% (06) fue el monitoreo intraparto. 3. El 89,7% (52) tuvieron como resultado Feto activo reactivo con el NST, de ellas el 62,1% (36) finalizaron su parto por vía alta y el 27,6% (16) vía vaginal. 4.

El 89,7% de las embarazadas obtienen un resultado de Feto activo reactivo con un Apgar de 7 a 10 al minuto sus respectivos recién nacidos 5. La edad gestacional de 39 a 40 semanas de gestación es la única variable que se asocia significativamente con los resultados del monitoreo fetal electrónico ($p < 0,05$).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Cardiotocografía

La monitorización fetal mediante cardiotocografía permite una evaluación continua de los latidos cardíacos del feto, analizando su ritmo y frecuencia en respuesta a diversos estímulos, como los movimientos fetales, las contracciones uterinas y estímulos externos.

El propósito fundamental de la monitorización fetal prenatal e intraparto es prevenir resultados perinatales adversos al detectar de manera reversible la incidencia de hipoxia fetal. Este procedimiento es considerado una prueba de bienestar fetal, dado que está disponible para las mujeres embarazadas en las instituciones de salud, económico y no invasivo, sin evidencia demostrada de efectos adversos. Proporciona una evaluación específica del bienestar fetal de acuerdo la edad gestacional, alertando sobre posibles signos de alarma que pueden abordarse de inmediato, especialmente cuando el monitoreo fetal se clasifica como categoría III.¹³

El monitoreo fetal representa un significativo avance en la obstetricia moderna, cuyos inicios se remontan al periodo de los 70. Francois Isaac Mayor, en 1818, realizó auscultaciones directas sobre el abdomen materno utilizando su pabellón auricular, logrando diferenciar la frecuencia cardiaca fetal. A partir de ese momento, diversos autores se han interesado en descubrir y desarrollar distintos métodos para la auscultación de los latidos cardíacos fetales.

Monitorización en el ante parto: La valoración del estado y la madurez del feto en el periodo anterior al parto es elemental para el manejo de embarazos de elevado riesgo. En este contexto, se han utilizado extensamente pruebas como las de estrés (CTS), las no estresantes (NST) y el conteo de movimientos embrionarios para evaluar el estado del feto.¹⁴

2.2.2. Test no estresante

Conforme a la Guía Nacional del Instituto Nacional Perinatal Materno (INMP), la prueba no estresante (NST) consiste en la monitorización electrónica de la

frecuencia cardíaca fetal (FHR), observando sus características y las alteraciones que ocurren durante los movimientos fetales. Este procedimiento se realiza en embarazos con una edad gestacional de 30 a 32 semanas como parte de la rutina en embarazos normales, aunque en algunos casos se realiza después de las 28 semanas de gestación.¹⁵

Se trata de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal implica analizar tanto las características generales como las variaciones que experimenta con los movimientos del feto. Este examen se fundamenta en la premisa de que los latidos cardíacos del feto responden típicamente a estímulos externos. De acuerdo con la fisiología, las aceleraciones en el latido fetal son indicativas de un buen estado de salud del feto y su presencia sugiere la ausencia de acidosis.¹⁶

Este método además se apoya en investigaciones de varios escritores que han establecido una ceñida analogía entre la detección de incrementos temporales en la FCF y el bienestar del feto. Es un examen sencillo, rápido y fácil de interpretar, que puede repetirse según lo necesitado. La OMS recomienda realizarla al menos dos veces en embarazos de bajo riesgo. Esta evaluación determina la reactividad fetal, la cual indica la capacidad neurológica del feto para responder mediante cambios en su frecuencia cardíaca frente a estímulos externos o internos.

Los estímulos externos pueden ser:

- Manual (1 minuto).
- Sonoro o vibración acústica (5 segundos).
- Luminoso
- Térmico

Los estímulos internos pueden ser:

- Contracciones uterinas
- Movimientos fetales

Objetivo del test no estresante

Su objetivo primordial viene a ser el examen del estado de salud fetal durante el embarazo, identificando tanto al feto que probablemente esté sano como al que pueda estar en una situación complicada. El propósito es tomar medidas oportunas, de acuerdo con los protocolos establecidos, ya sea para confirmar la salud fetal o para corregir la situación antes de que se produzcan daños irreversibles en el feto.²³

Uso del test no estresante

- En cualquier embarazo considerado normal.
- Si hay antecedentes de óbito fetal en la historia materna.
- De forma obligatoria en casos de embarazos patológicos.
- Cuando existe sospecha de distocia funicular.
- Cuando existe riesgo de una posible deficiencia del flujo sanguíneo útero-placentario y/o oxigenación.
- El test no estresante no tiene restricciones o contraindicaciones.

Técnica para realizar el Test no estresante (NST)

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) en 2010 propone la siguiente técnica para llevar a cabo un Test no estresante (NST).

- A. El tiempo de ayuno no debe exceder las 2h, ya que después de una comida elevado en carbohidratos, la glucosa en sangre aumenta de 70-110 mg% a 120-140 mg% en un lapso de 30-60 minutos. En una persona sana, este aumento no supera estos valores, ya que los tejidos capturan la glucosa en plasma, la acumulan para su uso futuro y/o la oxidan para conseguir energía. Pasadas las 2h, la glucosa en sangre comienza a disminuir hasta alcanzar los valores de ayuno, debido a que las células siguen metabolizando la glucosa.
- B. Antes de realizar la prueba de tolerancia a la glucosa, es importante que la mujer embarazada descanse durante al menos una hora. Durante un esfuerzo físico, el cuerpo requiere una mayor disponibilidad de energía para mantener los niveles de glucemia; tal es así que un ejercicio físico de 2-30 minutos, aumenta el número de receptores de insulina, lo que genera una mayor sensibilidad del cuerpo a la insulina. Por lo tanto, es necesario que la mujer tenga una cantidad adecuada de glucosa en sangre antes de realizar la prueba de tolerancia a la glucosa para fortalecer la energía de su cuerpo.

Evitar el uso de sedantes o depresores del sistema nervioso central es crucial, ya que la administración de medicamentos a mujeres embarazadas, como los sedantes y anestésicos, puede afectar la variabilidad fetal. Además, los betamiméticos pueden aumentar la FCF basal y reducir la variabilidad. También, los medicamentos contra la presión pueden ocasionar abandono de celeridades, taquicardia y, en ciertas situaciones, bradicardia severa en el feto. Por lo tanto, se recomienda descartar el uso de estos medicamentos durante la monitorización fetal para obtener resultados más precisos.¹⁵

Procedimiento para realizar el test no estresante (NST)

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) (2010) detalla el siguiente protocolo para la monitorización fetal:

- 1. Posición materna:** Se recomienda que la paciente adopte una posición lateral o semi-Fowler, ayudando a evitar la presión del útero grávido en los magnos vasos pélvicos y abdominales, facilitando así un adecuado flujo sanguíneo uterino hacia la placenta para conservar la aeración fetal.
- 2. Colocación del oxímetro de pulso:** Se debe colocar oxímetro de pulso en la paciente. Este dispositivo registra los movimientos fetales y emite una señal para su posterior análisis.
- 3. Tiempo de registro:** Se sugiere que la prueba tenga una duración ideal de 20-30 min. Sin embargo, se puede admitir un tiempo mínimo de 10 min. si el estándar registrado en este periodo es diagnóstico. La duración máxima recomendada es 40 min. La carencia de un estándar significativo durante este intervalo invalida el examen del monitoreo fetal.¹⁵

Análisis de resultados

patrones de reactividad (30 – 34 semanas)

- A.** Cuando se detectan dos aceleraciones dentro de un intervalo de 10 min, con al menos una de ellas ocurriendo en los primeros 5 minutos, y si estas aceleraciones están presentes durante un período de 30 minutos, se considera que hay reactividad fetal debido a los movimientos del feto.
- B.** Al aplicar el estímulo vibroacústico, se evidencian aceleraciones que deben mantenerse durante al menos 3 minutos.
- C.** Mediante el estímulo manual anual, al mover suavemente la cabeza de un lado a otro durante un minuto, una reacción que genere un aumento de 15 latidos por 15 segundos se considera reactiva.

El análisis del trazado se basará en la actividad y reactividad registradas durante un lapso de 30 minutos.

Reactividad en fetos activos: Reactivo

Ausencia de reactividad en fetos activos: Patológico Falta de

reactividad en fetos hipoactivos: Patológico

A las 26 semanas: No reactivo

A las 29 semanas: Reactivo (en un 17%)

A las 34 semanas: Reactivo (>90)

El test de FISHER original:

Parámetros	Puntuación		
	0	1	3
Frecuencia cardíaca fetal basal	<100 ó > 180	100-120	120-160
Amplitud oscilaciones	< 5	5-Oct	10 – 30
Frecuencia oscilaciones	< 2	2-Jun	> 6
Aceleraciones	Ninguna	Periódica	Esporádicas
Desaceleraciones	Tardías o variables graves	variables	Ninguna o DIP I

Se emplean los criterios de evaluación del trazado son idénticos. cardiocardiográfico en todos los casos, abarcando la variabilidad, la frecuencia cardíaca fetal, las aceleraciones y desaceleraciones. Sin embargo, es importante destacar que el único patrón que actualmente incluye los movimientos fetales como criterio de interpretación, además de los mencionados, es el de Fisher Modificado.

Este patrón se utiliza en el INMP y la descripción es como sigue:

Variable	0	1	2
Línea base	< 100 y > 180	100 a 119 y 160 a 180	120 a 160
Variabilidad frecuencia	< 5	5 a 9 o > 25	10 a 25
Aceleraciones	0	Periódicas o esporádicas de 1 a 4	Esporádicas
Desaceleraciones	Repetidas o desviaciones	variables o alejadas no repetidas	Ninguna o tempranas
Movimientos fetales	No hay	1 a 4 movimientos/ minuto	> 5 movimiento/mi nuto

Parámetros del test de Fisher**1. Línea de base**

La línea de base del trazado cardiocardiográfico representa la media de las fluctuaciones de latido a latido durante un lapso de 10 min. se calcula como la media de las variaciones en la frecuencia cardíaca fetal registradas en dicho intervalo, lo que indica la estabilidad de

la FCF. De acuerdo con el enfoque de Caldeyro Barcia, se registra la FCF en los intervalos entre las disminuciones, los picos y los incrementos temporales. Al llegar al final del embarazo, el promedio de la frecuencia cardíaca basal se sitúa en aproximadamente 143 lpm. Mientras que algunos especialistas sugieren que los valores normales fluctúan de 120-160 lpm, otros los fijan desde 120 a 150 lpm. Se considera taquicardia o bradicardia dependiendo de la FCF de este rango habitual.²³

Las variaciones de la línea de base pueden presentarse de diversas formas, entre ellas:

A.- Taquicardia fetal (> 160 lpm)

Que se define como un aumento de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) por encima de 160 latidos por minuto (lpm) durante al menos 10 minutos. Este fenómeno suele estar asociado a condiciones como anemia materna, fiebre en la madre, inicio de hipoxia en el feto, inmadurez del feto, uso de drogas con efectos similares a la atropina, septicemia intrauterina, hipotensión en la madre e insuficiencia cardíaca fetal.

Significado clínico

El significado clínico de la taquicardia fetal puede variar según su presentación en conjunto con otros patrones cardiotocográficos. Si la taquicardia fetal se acompaña de desaceleraciones tardías, puede indicar anoxia fetal. Asimismo, cuando se presenta junto a desaceleraciones variables, independientemente de su duración, frecuencia o progresión.

Es importante destacar que a medida que la taquicardia fetal es más pronunciada, aumenta la probabilidad de que se produzca acidosis fetal. Por lo tanto, la observación de este patrón en la frecuencia cardíaca fetal puede tener implicaciones significativas en la salud del feto y requiere una evaluación clínica cuidadosa.

B.- Bradicardia fetal

Este patrón se caracteriza por un descenso de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) por debajo de 120 lpm o 30 lpm por debajo de la línea de base normal, sostenido durante 10 minutos o más. Puede estar asociado con diversas condiciones, como hipotermia, lesiones cardíacas congénitas, hipoxia fetal tardía, hipotensión materna, lupus eritematoso sistémico materno, el uso de medicamentos anestésicos y betabloqueadores.

Significado clínico: desde este punto de vista, la bradicardia fetal puede tener distintas interpretaciones:

- ✓ En algunos casos, la bradicardia fetal puede ser de naturaleza fisiológica si no va acompañada de cambios en la periodicidad o variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).
- ✓ No obstante, cuando la bradicardia fetal se presenta en conjunto con desaceleraciones tardías y está vinculada a una reducción en la variabilidad, generalmente suele mostrar la presencia de anoxia en el feto.
- ✓ La presencia de bradicardia fetal en muchas ocasiones puede ser un indicador de sufrimiento fetal.

Es esencial evaluar cuidadosamente este patrón en la cardiotocografía, ya que puede tener implicaciones significativas para la salud del feto y requerir intervenciones clínicas adecuadas.

Esquema.- Las variaciones en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) pueden clasificarse de la siguiente manera:

200	Taquicardia grave
190	Taquicardia grave
180	Taquicardia moderada
170	Taquicardia moderada
160	Taquicardia leve
150	Normal
140	Normal
130	Normal
120	Normal
110	Bradicardia leve
100	Bradicardia moderada
90	Bradicardia grave

Estos valores representan diferentes rangos de frecuencia cardíaca fetal y sirven como referencia para evaluar la salud fetal durante la monitorización. Cabe destacar que la interpretación de estos valores debe realizarse en el contexto clínico y teniendo en cuenta otros aspectos del monitoreo fetal.

2. Variabilidad

Es definido por las fluctuaciones en los latidos del corazón que tienen lugar en un intervalo de un minuto. Esta variabilidad refleja la típica oscilación de la FCF, la cual

surge de la interacción constante entre el sistema parasimpático y el simpático del sistema nervioso; además de ello la variabilidad proporciona información valiosa sobre la salud fetal y se utilizan como parte de la monitorización para evaluar el bienestar del feto y existen 2 tipos:

A. Variabilidad a corto plazo (VCP): Esta se relaciona con la fluctuación de latido a latido y se evalúa mediante el uso de la cardiotocografía interna.

B. Variabilidad a largo plazo (VLP): Se trata de las oscilaciones de latido a latido de la FCF en un minuto, que se evalúan a través de la cardiotocografía externa.

Características

a) Amplitud

La amplitud se refiere al rango o diferencia entre el punto más elevado y el latido más inferior registrado en un minuto. Para su evaluación, se toman tres partes distintas del trazado y se calcula una media.

b) Frecuencia

La frecuencia hace referencia a las ondas o ciclos de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) en un minuto; una frecuencia normal implica 4 ciclos. Debido al equilibrio dinámico entre el sistema parasimpático y simpático del sistema nervioso, la FCF presenta fluctuaciones rápidas, latido a latido, conocidas como variabilidad de la FCF a corto plazo. La variabilidad puede clasificarse en cuatro tipos según Hammacher:

- Silente o tipo O (< 5 latidos/minuto)
- Ondulatoria baja o tipo I (5-10 latidos/min)
- Ondulatoria o tipo II (10-25 latidos/min)
- Saltatoria o tipo III (> 25 latidos/min)

Se considera que los tipos I y II de variabilidad son normales, no obstante que el tipo O podría indicar hipoxia fetal, siempre y cuando se descarte el tiempo fisiológico de sueño fetal y el efecto de sedantes. Evaluar el tipo III es más desafiante, ya que las causas que inducen los cambios en la FCF se consideran peligrosas potencialmente para el feto.

3. Aceleración

- Es el aumento en FCF de al menos 15 latidos por encima de la línea de base, debe tener una duración mínima de 15 segundos, pero no debe exceder los 10 min. Si persiste más allá de este periodo, se considera una variación de la línea de base.
- Su particularidad se basa en un incremento abrupto de la FCF basal sobre la línea de base, ocurriendo en un lapso de 30 segundos; este cambio debe mantenerse durante al menos

15 segundos y con una amplitud de 15 latidos por minuto. En gestaciones con menos de 32 semanas, se consideran aceptables las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal de 10 latidos por minuto, siempre que persistan durante al menos 10 seg.

- Las aceleraciones transitorias (AT) son incrementos temporales de la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y están asociadas a diversas causas, siendo los vinculados a los movimientos fetales los más significativos en términos pronósticos. Se clasifican de diversas maneras, siendo la clasificación de Aladjem la más reconocida. Entre ellas se encuentran:

AT Omega, que viene a ser el aumento medio de FCF de 13 ± 5 lat./min y una duración promedio de 27 ± 12 seg.

AT Lambda; caracterizado por un incremento seguido de declive en la FCF, asociado a la patología funicular, con un incremento de 13 ± 6 latidos por minuto, con una duración de 34 ± 14 seg. y descenso de 10 ± 4 latidos por minuto.

AT elípticos; se observa un acrecentamiento de 17 ± 5 latidos por minuto y duración de 87 ± 40 seg.

AT periódicos: Consiste en una secuencia de AT Omega con un incremento de 14 ± 6 latidos por minuto y una duración de 83 ± 39 segundos.

Los AT Omega y AT periódicos se interpretan como indicadores de un pronóstico fetal favorable. En contraste, el AT Lambda se asocia a una obstrucción temporal del cordón umbilical, como una circular de cordón. Por su parte, el AT elíptico está vinculado a un estímulo hipóxico, fundamentalmente si provoca un cambio en la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).

Significado clínico: Refleja reactividad fetal-bienestar del feto.

4. Desaceleración

Las desaceleraciones son descensos en la FCF de al menos 15 latidos por debajo de la línea de base, con una duración de 15 seg. y no superiores a 10 min. Existen diferentes tipos, y son los siguientes:

A. – Desaceleración prematura (DIP I): Sucede al inicio de la contracción uterina debido a la presión craneal del feto, la cual se eleva directamente con la intensidad de la contracción. Esta presión provoca una disminución de la FCF, alcanzando su punto máximo en la cúspide de la contracción y luego disminuye en la segunda mitad de la misma, a medida que la presión sobre el cráneo disminuye durante la relajación uterina. La desaceleración en la FCF en este escenario es el resultado de una respuesta refleja vagal desencadenada por la compresión del cráneo. Dicha compresión puede originarse

debido a la pelvis ósea durante el trabajo de nacimiento, tejidos blandos, el fondo uterino en presentación podálica, tactos prolongados, compresión manual de la cabeza fetal a través de la pared abdominal y RMP.

El trazado de la desaceleración prematura (DIP I) presenta una uniformidad en el gráfico de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) que concuerda con la forma de la curva de la contracción uterina. Este trazado exhibe una configuración similar a un espejo invertido de la curva de la contracción uterina. Es importante destacar que esta desaceleración se considera benigna, ya que no está asociada con niveles de acidosis fetal, a menos que sea persistente, prolongada y esté acompañada de cambios en la FCF en la línea de base y la variabilidad, lo cual sería motivo de preocupación.

Significado clínico de DIP I

En términos clínicos, la presencia de DIP I indica la integridad del cerebro medio.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, en ciertas circunstancias, los DIP I pueden ser perjudiciales para el embrión, especialmente:

- Cuando se reiteran con cada contracción.
- Si tienen una duración >90 seg.
- Si el Nadir desciende por debajo de los 100 lpm.

B.- Desaceleración tardía (DIP II): indica hipoxia fetal asociada a insuficiencia placentaria y nunca se considera normal. Estas desaceleraciones suelen ocurrir después de la contracción uterina, comenzando en la cresta de la contracción o hasta 15 segundos después. Este tipo de trazado se relaciona con un compromiso severo de la placenta, especialmente cuando se produce con contracciones pequeñas.

Fisiológicamente, las desaceleraciones tardías se producen debido a una disminución de la sangre oxigenada materna que fluye de la placenta durante la primera fase de la contracción, lo que resulta en anoxia para el feto durante la segunda fase de la contracción. La intensidad y duración de la desaceleración suelen ser proporcionales a la intensidad y duración de la contracción. Este tipo de desaceleración es el más grave y, si se reitera o progresa, consigue llevar al deceso del feto, lo que insta a una terapia vigorosa e inmediata.

Significado clínico de DIP II: Abarca varios aspectos

- Asociación con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU): Pueden estar vinculados al retardo de crecimiento intrauterino, señalando la importancia de monitorear cuidadosamente a los fetos con esta condición.

- Tolerancia dependiendo de la severidad y duración: Son soportados por el feto si son ligeros y el trabajo de nacimiento es transitorio. La evaluación de la gravedad y la duración de estas desaceleraciones es esencial para determinar su impacto en el bienestar fetal.
- Relación con morbilidad y mortalidad perinatal: desaceleraciones tardías constituyen la segunda causa de morbilidad y mortalidad perinatal. Esto resalta la importancia de un monitoreo cuidadoso y la toma de decisiones clínicas apropiadas durante el trabajo de parto.
- 2Pronóstico desfavorable en ciertos contextos: Las DIP II tienen un mal pronóstico cuando están asociadas a otros indicadores negativos, como variabilidad disminuida, desaceleración variable, taquicardia o bradicardia. Esta asociación resalta la necesidad de una evaluación integral del monitoreo fetal para una toma de decisiones clínica adecuada.

C.- Desaceleración Variable (DIP III): Es la más frecuente durante el trabajo de parto y se caracteriza por su falta de uniformidad en la forma. Puede adoptar la forma de una doble V (W) cuando hay una circular de cordón al cuello. Este tipo de desaceleración puede variar considerablemente en su apariencia y puede adoptar formas como una U o una V, y en algunos casos, puede parecerse a una doble V (W), especialmente cuando existe una circular de cordón alrededor del cuello del feto. La variabilidad en la forma de la DIP III está relacionada con el tiempo de trazado de la contracción uterina, lo que contribuye a su naturaleza impredecible. Se postula que este tipo de desaceleración se origina en una respuesta refleja vagal o directamente por la compresión del cordón umbilical.

La frecuencia del DIP III, usualmente suele oscilar entre 60 -160 latidos por minuto, y el trazado del ritmo cardiaco fetal (FCF) periódico se encuentra mayormente relacionado con el análisis clínico de peligro fetal. Por lo general, este tipo de patrón es inofensivo si la desaceleración es leve; sin embargo, si persiste, se prolonga, se repite o alcanza un grado extremo, podría provocar una hipoxia severa. Se sugiere que la compresión temporal del cordón umbilical desencadena una respuesta refleja del sistema nervioso vagal, lo que podría explicar el tipo de desaceleración observado.

lo que explicaría la naturaleza de la desaceleración observada.

El significado clínico de DIP III es como sigue:

- Indican que el sistema nervioso central del feto se encuentra íntegro.
- Sugieren algún grado de compresión funicular de cordón.

- Obligan a descartar la posición de procúbito en el trabajo de parto.
- No suelen tener mal pronóstico si están asociadas con movimientos fetales o cambios de la posición materna.
- Sin embargo, pueden causar daño si son repetidas o intensas.

5. Movimientos fetales

La consideración de los movimientos del feto se ha vuelto un parámetro eficaz en el estudio del bienestar fetal, especialmente al asociarse con las aceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca fetal (FCF); este aspecto clave se destaca en el test basal; se detecta un patrón cinético fetal que se mantiene a lo largo del embarazo y, aparentemente, a lo largo de cada día de la vida fetal, aunque los resultados son bastante variables. Las celeridades fetales se han clasificado de varias maneras, siendo la más aceptada aquella que los divide en movimientos múltiples e individuales. Aunque los movimientos múltiples son los más comunes, su distinción no tiene una relevancia especial en la interpretación del test basal.²³

Cuando se encuentran registros "sospechosos" o "anormales", se recomienda obtener información adicional sobre los gases en sangre fetal mediante el muestreo del cuero cabelludo o la utilización de oximetría de pulso. Esto contribuye a afinar el diagnóstico del sufrimiento fetal agudo y puede ser útil para mermar la indicación de operación por cesárea. Algunos estudios sugieren que el índice de cesáreas puede aumentar solo con la utilización del registro externo, por lo que contar con información adicional es beneficioso.¹⁷

Conducta a seguir según el patrón del test basal:

- **Patrón reactivo:** Hace referencia a un correcto bienestar fetal. Se recomienda repetir la prueba en un plazo de 3 a 7 días, dependiendo de la razón que motivó su realización.
- **Patrón no reactivo:** Se debe tener en cuenta el uso de medicamentos y la edad gestacional. Se sugiere extender el lapso de estudio hasta los 45 minutos y/o emplear técnicas de estimulación fetal, como la estimulación vibroacústica o la movilización fetal. Si este patrón persiste, se deben realizar nuevos estudios, y en tal caso, se indica la realización del test estresante por contracciones.
- **Patrón anormal:** Ante este tipo de patrón se llevarán a cabo investigaciones adicionales, como el análisis Doppler de la placenta y/o el feto, el perfil biofísico o la prueba de estrés por contracciones. No obstante, ante un patrón no habitual,

se podría contemplar la terminación directa del embarazo, teniendo en cuenta los criterios que llevaron a clasificarlo como atípico y la edad gestacional.

2.2.3. Cesárea.

Viene a ser una intervención quirúrgica destinada al nacimiento del bebé, en la cual este se extrae mediante un corte en el abdomen de la mamá; cuando el feto aún no es viable, esta intervención se denomina histerotomía. Existen varios tipos de cesárea, como la clásica (con incisión en el cuerpo del útero), la segmentaria inferior (realizada a nivel del segmento uterino inferior), la cesárea histerectomía (cesárea seguida de histerectomía) y la extraperitoneal (ingresando al útero sin afectar el peritoneo). Otros términos utilizados incluyen urgente, electiva, vertical y transversal. La mayoría de las cesáreas se llevan a cabo en situaciones donde surgen problemas inesperados durante el parto, como complicaciones de la salud materna, posición fetal, falta de espacio para el paso por el canal vaginal o signos de sufrimiento fetal.

Aunque la operación es relativamente segura tanto para la madre como para el niño, conlleva riesgos, ya que se trata de una cirugía mayor. La recuperación después de una cesárea también suele ser más prolongada que la del parto vaginal. La cicatrización de la corte podría dejar un área más débil en la pared uterina, lo que podría generar problemas o complicaciones en futuros intentos de parto vaginal. Sin embargo, más del 50% de las mujeres que han sido sometidas a una cesárea logran dar a luz de vía vaginal en embarazos posteriores.

Las razones para realizar una cesárea pueden clasificarse en categorías maternas, fetales y mixtas, dependiendo de quién se considere el principal beneficiario de la intervención. Además, pueden clasificarse como electivas (realizadas sin trabajo de parto o durante el parto) o como emergentes, urgentes o programables, relativas o absolutas, según las circunstancias. Según la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), algunas indicaciones son absolutas y no plantean dudas en cuanto a la necesidad de la intervención, mientras que otras son más debatibles y pueden contribuir a la alta tasa de cesáreas en la actualidad.¹⁸

2.2.4. Parto vaginal.

El parto vaginal se refiere al proceso de dar a luz de una gestante sin factores de riesgo durante el embarazo. Este proceso comienza de forma espontánea entre la 37^a y la 42^a semana de gestación y, tras una evolución fisiológica que incluye la dilatación y el parto, culmina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta adecuadamente a la vida fuera del útero.

El trabajo de parto prolongado representa una causa significativa de mortalidad y morbilidad tanto para el recién nacido como la madre. Entre las causas subyacentes comunes se encuentran las ineficientes contracciones uterinas, posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de las partes blandas de la madre. En la práctica clínica, identificar la causa exacta de un trabajo de parto lento puede ser un desafío. Por lo tanto, el "fracaso en el progreso del trabajo de parto" se ha convertido en una de las indicaciones principales para la realización de una cesárea primaria, especialmente en madres primerizas. Existe una creciente preocupación de que, en muchos casos, la cesárea se realice de manera demasiado temprana, sin considerar intervenciones menos invasivas que podrían permitir un parto vaginal.¹⁸

2.2.5. Test de apgar

Es un criterio clásico, universal y sencillo utilizado para examinar la condición del recién nacido al instante del parto, lo que refleja su capacidad para manifestar al estrés asociado con el trabajo de nacimiento. Los parámetros evaluados son el color de la piel, la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular y el reflejo de irritabilidad. Esta evaluación se realiza tanto al minuto de vida como a los cinco minutos, proporcionando un indicador de asfixia y la necesidad de ventilación asistida al minuto, así como un parámetro de riesgo de deceso o lesión neurológica residual a los cinco minutos.

El puntaje Apgar, desarrollado por la Dra. Virginia Apgar en 1952 en el Columbia University's Babies Hospital, es una evaluación rápida que se lleva a cabo justo posteriormente del nacimiento para establecer la situación física del recién nacido. Se asignan valores del 1 al 10, donde 10 representa la salud óptima y valores inferiores a 5 indican la necesidad de atención médica inmediata para facilitar la adaptación del bebé a su nuevo entorno.

El Test de Apgar evalúa cinco categorías en el recién nacido: la frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, reflejo de irritabilidad y coloración.

A cada categoría se le asigna una puntuación de 0, 1 o 2, dependiendo del estado observado en el recién nacido.

a) La frecuencia cardíaca

se evalúa mediante el uso de un estetoscopio y es un componente crucial del Test de Apgar. Se asignan puntajes según los siguientes criterios:

- Si no se detectan latidos cardíacos, se otorga una puntuación de 0.

- Si la frecuencia cardíaca se encuentra debajo de 100 lpm, se asigna una puntuación de 1.
- Si la frecuencia cardíaca es igual o por encima a 100 lpm, se otorga una puntuación de 2.

b) Esfuerzo respiratorio

La evaluación del esfuerzo respiratorio se realiza considerando los siguientes criterios:

- Si no hay evidencia de respiraciones, se otorga una puntuación de 0.
- Si las inhalaciones son pausadas o irregulares, se asigna una puntuación de 1.
- Si el recién nacido presenta un buen llanto, indicando un esfuerzo respiratorio adecuado, se otorga una puntuación de 2.

c) Tono muscular

La evaluación del tono muscular se lleva a cabo según los siguientes criterios:

- Si el bebé presenta tono muscular flácido, se otorga una puntuación de 0.
- Si hay cierta flexión de las extremidades, indicando algún grado de tono muscular, la puntuación es 1.
- Si el bebé muestra movimiento activo, evidenciando un buen tono muscular, se otorga una puntuación de 2.

d) Reflejo de irritabilidad

La evaluación del reflejo de irritabilidad se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Si el neonato no presenta ningún reflejo de irritabilidad en respuesta a estímulos, se otorga un puntaje de 0 en este aspecto.
- Si se observan movimientos o gesticulaciones en respuesta al estímulo, se otorga un puntaje de 1 en la capacidad de respuesta a estímulos irritantes.
- Si el bebé muestra movimientos activos, estornudo, tos o un llanto vigoroso como respuesta al estímulo, se concede un puntaje de 2 en la capacidad de respuesta a estímulos irritantes.

e) Coloración de la piel

La evaluación de la coloración de la piel se realiza de la siguiente manera:

- Si la piel presenta un tono azul pálido, se asigna un puntaje de 0 en coloración.
- Si el cuerpo exhibe un tono rosado, se otorga un puntaje de 2 en coloración.
- Es fundamental destacar que el puntaje APGAR a los 1 y 5 minutos es una evaluación de la capacidad del recién nacido para tolerar el proceso del parto y adaptarse al entorno, respectivamente. Una puntuación de 8 a 10 se considera

normal, indicando que el bebé se encuentra en buenas condiciones. Es importante destacar que el puntaje APGAR a los 1 y 5 minutos evalúa la capacidad del recién nacido para tolerar el proceso del parto y adaptarse al entorno, respectivamente. Una puntuación de 8 a 10 se considera normal, lo que indica que el bebé se encuentra en buenas condiciones.

un puntaje de 10 es poco común, ya que la mayoría de los recién nacidos pierden un punto debido a la presencia de manos y pies azulados. Cualquier puntaje por debajo de 8 sugiere que el recién nacido necesita asistencia para estabilizarse; es así que es muy importante señalar que una puntuación baja en el primer minuto, que se normaliza a los cinco minutos, no se ha relacionado evidentemente con posibles efectos negativos a largo plazo.¹⁷

2.3. Definición de términos básicos

- **Test no estresante:** Se trata de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal, examinando tanto sus características como las alteraciones que se producen con los movimientos fetales.
- **Vía de terminación del parto:** Este proceso implica la decisión de concluir el embarazo, optando por la vía vaginal si tanto la madre como el feto se encuentran en condiciones adecuadas, o por cesárea en caso de que no se den las condiciones necesarias.
- **Bienestar Fetal:** Conjunto de procedimientos destinados a evaluar y establecer la salud del feto.
- **Reactividad cardíaca:** Se refiere a los aumentos transitorios en la frecuencia cardíaca fetal de al menos 15 latidos por minuto durante al menos 15 segundos, clasificándose como ausente, atípico o presente.
- **Trazo Reactivo:** Presenta una nítida y regular configuración, con la presencia de dos o más aceleraciones en cada período de 20 minutos. Cada aceleración debe tener una duración superior a 15 segundos y una amplitud mayor de 15 latidos por minuto.
- **Trazo no reactivo:** Se caracteriza por la ausencia de actividad fetal espontánea y la falta de cambios notables en la frecuencia cardíaca fetal en respuesta a la estimulación.

- **Hipoxia:** Refiere a la reducción de los niveles de oxígeno por debajo de lo habitual en los gases inspirados, sangre arterial o tejidos, sin llegar a causar daño.
- **Apgar:** Es una prueba que proporciona una evaluación rápida del estado cardiorrespiratorio y neurológico al nacer, aplicada en el periodo neonatal inmediato.
- **Recién nacido:** Se refiere al niño que nace después de un embarazo de 22 semanas o más y desde el momento en que es separado del cuerpo de la madre hasta que alcanza los 28 días de vida fuera del útero materno.
- **Edad gestacional:** De acuerdo con la OMS, se refiere al periodo de tiempo que ha transcurrido desde la concepción hasta el momento presente en el útero. Los indicadores asociados incluyen pre-término (antes de la semana 37), a término (entre las semanas 37 y 42), y pos-término (después de la semana 42).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. **Ámbito**

La investigación se realizó en el Hospital de Apoyo Cangallo, que se encuentra ubicado geográficamente en la Provincia de Cangallo, de la Región de Ayacucho.

El establecimiento es de nivel II-1 y cuenta con personal de salud capacitados, como médicos generales, médico ginecólogo, obstetras, enfermeras, laboratorio, dental, psicólogo, médicos pediatras, médicos cirujanos, médicos nefrólogos, médico intensivista, médico cardiólogo, nutricionista y técnicos en enfermería; que buscan brindar calidad de atención óptima, brindando un trato solidario a la población, donde el discernimiento de los profesionales y la tecnología, estén al servicio de la población.

El servicio de Obstetricia, en conjunto con el servicio de Ginecología de este Hospital, constituye la unidad responsable de brindar atención integral a la mujer en términos de salud sexual y reproductiva. Esta atención abarca desde el cuidado de la mujer embarazada hasta la realización de actividades intermedias en el manejo de pacientes obstétricas, tanto aquellas con factores de riesgo como aquellas sin ellos.

3.2. **Determinación del Universo o Población**

Está constituida por el 100% de las historias clínicas de gestantes a término que asistieron al servicio de bienestar fetal del Hospital de Apoyo de Cangallo en el espacio comprendido entre enero a diciembre del 2021, que hacen un total de 210 historias clínicas gestantes.

3.3. **Selección de la Muestra**

Para el presente estudio se consideró el muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, fueron 180 historias clínicas de gestantes seleccionadas del total de las gestantes a término que acudieron al Hospital de Apoyo de Cangallo entre los meses de enero a diciembre del 2021,

Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas de gestantes que cursa una gestación mayor a 37 semanas.
- Historias clínicas que tengan resultado de NST antes del parto, en el Hospital de Apoyo Cangallo.

Criterios de exclusión:

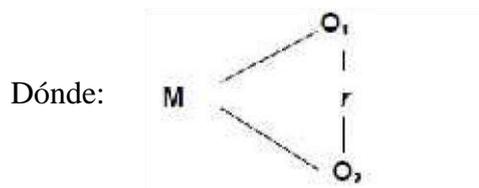
- Historias clínicas de gestación menor de 37 semanas.
- Historias clínicas de Óbito fetal.
- Historias clínicas que no tengan resultado de NST antes del parto, en el Hospital de Apoyo Cangallo.

3.4. Nivel y tipo de estudio

Según el propósito de la investigación, el tipo de estudio aplicado fue retrospectivo, dado que los datos se recopilaron de registros (historias clínicas) sin interacción directa entre la investigadora y las gestantes. Además, fue de tipo transversal, ya que las variables fueron medidas en una única ocasión. Finalmente, fue correlacional, puesto que se buscaba medir el grado de asociación entre las dos variables en estudio; y analítico.

3.5. Diseño de Investigación

La investigación se basa en un diseño no experimental y adopta un enfoque correlacional. Los estudios de correlación tienen como objetivo medir la relación entre dos o más conceptos, categorías o variables. Bajo este contexto, el objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de asociación entre ambas variables. La representación gráfica del diseño de la investigación se muestra a continuación:



M = Muestra.

O = Variable 1 independiente

(resultados cardiotocográficos)

O₂ = Variable 2 dependiente (vía de culminación del parto) **r** = Relación de las variables de estudio.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Revisión de Historias Clínicas, lectura e interpretación de trazados cardiotocográficos las que se adjuntan en las historias clínicas.

Instrumento Ficha de recolección de datos de las historias clínicas. Durante la tercera semana de octubre de 2023, se realizó la recolección de datos, abarcando el período de enero a diciembre de 2021.

Fuente: Los datos utilizados en la investigación provienen de fuentes secundarias, específicamente de las historias clínicas.

3.7. Validación y confiabilidad del instrumento

No es necesario la validación de la recolección de datos, ya que es una investigación retrospectiva.

La investigación es confiable porque interpreta el resultado de una prueba estandarizada.

3.8. Procedimiento

- a) Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital de Apoyo de Cangallo para llevar a cabo la recopilación de datos en el servicio de Bienestar Fetal.
- b) Tras obtener el permiso, se procedió a identificar las historias clínicas de gestantes a término que recibieron monitoreo fetal electrónico (NST), para luego recolectar los datos utilizando los instrumentos correspondientes.
- c) Los datos del Informe cardiotocográfico y de las historias clínicas fueron recopilados.

a. Tabulación y análisis de datos

Se procedió a generar una base de datos utilizando los instrumentos de recolección de datos en la hoja de cálculo Excel. Luego, esta información fue exportada al software estadístico SPSS-IBM 26.00. En dicho programa, se llevaron a cabo la construcción de gráficos y la creación de cuadros de contingencia de una y doble entrada. Para la contrastación de estos datos se utilizó la prueba estadística de Chi-Cuadrado, con un nivel de significancia establecido en $p < 0.05$, con el fin de examinar la dependencia o independencia entre las variables principales del estudio.

b. Consideraciones éticas

La presente investigación no perjudica de ninguna manera a las gestantes, ya que la investigadora no tiene contacto alguno con ellas, por lo tanto, no son expuestas, ya que la información es recolectada de las historias clínicas, teniendo en cuenta la confidencialidad de la información.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

Ho: No existe asociación significativa entre los resultados del Test No Estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a término. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

Hi: Existe asociación significativa entre el Test No estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a término. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

Tabla 1. Resultados del test no estresante y vía de culminación del parto en gestantes a término. Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021

RESULTADOS	FETO ACTIVO REACTIVO		PARTO		Total
			Vaginal	Cesárea	
		Recuento	84	62	146
		% del total	46,7%	34,4%	81,1%
	FETO ACTIVO NO REACTIVO	Recuento	7	21	28
		% del total	3,9%	11,7%	15,6%
	FETO HIPOACTIVO NO REACTIVO	Recuento	3	3	6
		% del total	1,7%	1,7%	3,3%
Total		Recuento	94	86	180
		% del total	52,2%	47,8%	100,0%

$$\chi^2 = 9,979 \quad \chi^2_{f} = 5,991 \quad P\text{-valor} = 0.007 < 0.05$$

En la Tabla 1 se presenta la asociación entre los resultados cardiotocográficos del test no estresante y el método de parto, donde se visualiza del 100% (180) gestantes con test no estresante, 81,1% (146) tuvo como resultado un feto activo reactivo, de las cuales 46,7% (84) tuvieron parto vaginal y el 34,4% (62) fueron cesareadas. Asimismo, el 15,6% (28) resultaron con feto activo no reactivo, de ellas el 11,7% (21) finalizaron su embarazo con una cesárea y el 3,9% (07) por vía vaginal.

Por lo tanto, se concluye que el 46,7% de las embarazadas con evaluación cardiotocográfica tuvieron como resultado un feto activo reactivo por lo cual culminaron a través de un parto vaginal.

La comparación de estos resultados a través del análisis estadístico χ^2 reveló una asociación estadísticamente significativa dado que el nivel de significancia (P-valor) arrojó un valor de 0.007 menor a 0.05, por lo que aceptamos la Hi, concluyendo que

existe una asociación significativa entre los resultados cardiotocográficos y la vía de finalización del nacimiento.

PRUEBAS DE HIPÓTESIS ESPECIFICAS

Prueba de Hipótesis específica 1

Ho: No existe asociación con las características maternos perinatales y el test no estresante de las gestantes a término. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

Hi: Existe asociación con las características maternos perinatales y el test no estresante de las gestantes a término. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

Tabla 2. Resultados del test no estresante y Apgar al minuto del recién nacido. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

RESULTADOS	FETO ACTIVO REACTIVO	Recuento	APGAR AL MINUTO		Total
			7 A 10	4 A 6	
		146	0	146	
		% del total	81,1%	0,0%	81,1%
	FETO ACTIVO NO REACTIVO	27	1	28	
		% del total	15,0%	0,6%	15,6%
	FETO HIPOACTIVO NO REACTIVO	0	6	6	
		% del total	0,0%	3,3%	3,3%
Total		173	7	180	
		% del total	96,1%	3,9%	100,0%

$$\chi^2 = 154,201 \quad \chi_r^2 = 5,991 \quad gl=2 \quad p < 0,05^{**}$$

En la Tabla 2 se aprecia la asociación entre los resultados cardiotocográficos del test no estresante y el índice Apgar al minuto. Se observa que, de las 180 gestantes analizadas mediante el test no estresante, el 81,1% (146) obtuvo un resultado de feto activo reactivo, y todos estos fetos al nacer, registraron un puntaje Apgar satisfactorio de 7 a 10 al minuto. Asimismo, el 15,6% (28) resultaron con feto activo no reactivo, de ellas el 15,0% (27) tuvieron Apgar de 7 a 10 al minuto y solo 01 caso se tuvo con Apgar de 4 a 6 al minuto. Finalmente, el 3,3% (06) reportaron como feto hipoactivo no reactivo y presentaron Apgar de 4 a 6 al minuto. Por lo tanto, se concluye que el 81,1% de las gestantes con evaluación cardiotocográfica tuvieron como resultado un feto activo reactivo por lo cual sus fetos presentaron un buen Apgar al minuto de 7 a 10.

Los resultados, al ser contrastados con el análisis estadístico de chi cuadrado, mostraron una asociación estadística significativa arrojando un nivel de significancia (P-valor) igual a 0.00 menor a 0.05. Por lo que se concluye que existe una asociación significativa ente los resultados cardiotocográficos y el Apgar evaluado al minuto.

Tabla 3. Test no estresante y Apgar a los 5 minutos del recién nacido. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

RESULTADOS	FETO ACTIVO REACTIVO	APGAR A LOS 5 MIN		Total	
		7 A 10	4 A 6		
	Recuento	146	0	146	
	% del total	81,1%	0,0%	81,1%	
	FETO ACTIVO NO REACTIVO	Recuento	28	0	28
	% del total	15,6%	0,0%	15,6%	
	FETO HIPOACTIVO NO REACTIVO	Recuento	5	1	6
	% del total	2,8%	0,6%	3,3%	
Total	Recuento	179	1	180	
	% del total	99,4%	0,6%	100,0%	

$$x^2= 29,162 \quad x_r^2=5,991 \quad P\text{-Valor} = 0.00$$

La tabla 3 relaciona los resultados cardiotocográficos del test no estresante con el Apgar a los 5 minutos, donde se observa que del 100%(180) embarazadas con test no estresante, el 81,1%(146) tuvo como resultado un feto activo reactivo y todos estos fetos al nacer manifestaron un buen Apgar de 7 a 10 al minuto. Asimismo, el 15,6%(28) resultaron con feto activo no reactivo, y también todos tuvieron Apgar de 7 a 10 a los 5 minutos. Finalmente, el 3,3% (06) reportaron como feto hipoactivo no reactivo, de ellas el 2,8%(05) presentaron Apgar de 7 a 10 al minuto y solo 01 caso persistía con Apgar de 4 a 6 a los 5 minutos.

Por lo tanto, se concluye que el 81,1% de las gestantes con evaluación cardiotocográfica tuvieron como resultado un feto activo reactivo por lo cual sus fetos presentaron un buen Apgar al minuto de 7 a 10.

La asociación estadísticamente significativa encontrada al comparar los resultados mediante el análisis de chi cuadrado arroja un nivel de significancia (p-valor) de 0.00 menor a 0.05. Por lo que concluimos que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables del índice Apgar evaluado a los 5 minutos y cardiotocográficas.

Tabla 4. Resultados del test no estresante y edad materna. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

RESULTADOS	FETO ACTIVO REACTIVO		EDAD			Total
			Menor o igual a 19 años	20-35 años	Mayor o igual a 36 años	
		Recuento	24	101	21	146
		% del total	13,3%	56,1%	11,7%	81,1%
	FETO ACTIVO NO REACTIVO	Recuento	4	21	3	28
		% del total	2,2%	11,7%	1,7%	15,6%
	FETO HIPOACTIVO NO REACTIVO	Recuento	0	2	4	6
		% del total	0,0%	1,1%	2,2%	3,3%
Total		Recuento	28	124	28	180
		% del total	15,6%	68,9%	15,6%	100,0%

$$\chi^2 = 12,917 \quad \chi_r^2 = 9,487 \quad P\text{-valor} = 0.012$$

La Tabla 4 establece la asociación entre los resultados cardiotocográficos del test no estresante y la edad materna. En ella se aprecia que del 100% (180) de las gestantes evaluadas con el test no estresante, 81,1%(146) tuvo como resultado un feto activo reactivo, de los cuales 56,1%(101) tenían edades entre 20 a 35 años y el 13,3%(24) fueron adolescentes menores a 19 años. Asimismo, el 15,6%(28) resultaron con feto activo no reactivo, de ellas el 11,7%(21) tuvieron de 20 a 35 años de edad y el 2,2%(04) menor o igual a 19 años. Finalmente, el 3,3% (06) reportaron como feto hipoactivo no reactivo, de ellas 2,2%(04) fueron gestantes añosas con edades mayor o igual a 36 años y solo 02 casos presentaron edades entre 20 a 35 años.

Por lo tanto, se concluye que el 56,1% de las gestantes con evaluación cardiotocográfica tuvieron como resultado un feto activo reactivo cuyas edades fluctúan entre 20-35 años de edad.

La diferencia estadística significativa encontrada al comparar los resultados utilizando el análisis de chi-cuadrado el mismo que arrojó un valor del nivel de Significancia (p-valor) de 0.012 menor a 0.05, por lo que concluimos que existe asociación significativa entre la edad de la gestante y el test no estresante.

Tabla 5. Resultados del test no estresante y paridad. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021

RESULTADOS	FETO ACTIVO REACTIVO		PARIDAD			Total
			Nulipara	Multipara	Gran multipara	
		Recuento	51	82	13	146
		% del total	28,3%	45,6%	7,2%	81,1%
	FETO ACTIVO NO REACTIVO	Recuento	10	15	3	28
		% del total	5,6%	8,3%	1,7%	15,6%
	FETO HIPOACTIVO NO REACTIVO	Recuento	1	4	1	6
		% del total	0,6%	2,2%	0,6%	3,3%
Total		Recuento	62	101	17	180
		% del total	34,4%	56,1%	9,4%	100,0%

Fuente: *Ficha de recolección de datos*

$$\chi^2 = 1,149 \quad \chi^2 = 9,487 \quad P\text{-valor} = 0,886$$

La tabla 5 evidencia la relación de los resultados cardiotocográficos del test no estresante con la paridad, donde se visualiza que del 100% (180) embarazadas con test no estresante, el 81,1% (146) tuvo como resultado un feto activo reactivo, de los cuales 45,6% (82) fueron multíparas y el 28,3% (51) fueron nulíparas. Asimismo, el 15,6% (28) resultaron con feto activo no reactivo, de ellas el 8,3% (15) eran multíparas y el 5,6% (10) nulíparas. Finalmente, el 3,3% (06) reportaron como feto hipoactivo no reactivo, de ellas 2,2% (04) fueron multíparas y solo 01 caso eran nulíparas y multíparas en ambos casos.

Por lo tanto, se finiquita que el 45,6% de las grávidas fueron multíparas con evaluación cardiotocográfica con resultado de feto activo reactivo.

Estos resultados al contrastar con el análisis estadístico de chi cuadrado mostró un nivel de significancia (p-valor) de 0.886 por lo que se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre los resultados cardiotocográficos y la paridad en las gestantes.

Tabla 6. Test No estresante y edad gestacional. Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

RESULTADOS	FETO ACTIVO REACTIVO		EDAD GESTACIONAL			Total
			37-38 semanas	39-40 semanas	Mayor a 40 y menor a 41	
		Recuento	59	80	6	145
		% del total	33,0%	44,7%	3,4%	81,0%
	FETO ACTIVO NO REACTIVO	Recuento	12	15	1	28
		% del total	6,7%	8,4%	0,6%	15,6%
	FETO HIPOACTIVO NO REACTIVO	Recuento	4	1	1	6
		% del total	2,2%	0,6%	0,6%	3,4%
Total		Recuento	75	96	8	179
		% del total	41,9%	53,6%	4,5%	100,0%

$$X^2= 4,612 \quad x_i^2=9,487 \quad P\text{-valor} = 0.330$$

En la Tabla 6 se establece la asociación entre los resultados cardiotocográficos del test no estresante y la edad gestacional; se aprecia que del total de gestantes evaluadas (180), el 81,1% (146) obtuvo un resultado de feto activo reactivo. Dentro de este grupo, el 44,4% (80) tenía una edad gestacional de 39 a 40 semanas, mientras que el 32,8% (59) estaba en el rango de 37 a 38 semanas. Por otro lado, el 15,6% (28) presentó un feto activo no reactivo, de las cuales el 8,3% (15) tenían una edad gestacional de 39 a 40 semanas y el 6,7% (12) estaban entre las 37 y 38 semanas. Finalmente, el 3,3% (06) reportaron como feto hipoactivo no reactivo, de ellas 2,2%(04) presentaron una gestación de 37 a 38 semanas y solo 01 caso entre 39 a 40 semanas y mayor o igual a 41 semanas en ambos casos.

Por lo tanto, se desprende que el 44,4% de las embarazadas con evaluación cardiotocográfica con resultado de feto activo reactivo y una edad gestacional de 39 a 40 semanas.

Estos resultados al contrastar con el análisis estadístico de chi cuadrado mostro un nivel de significancia (p-valor) de 0.330 mayor a 0.05, por lo que se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre los resultados cardiotocográficos y la edad gestacional.

Test no estresante en gestantes a término.

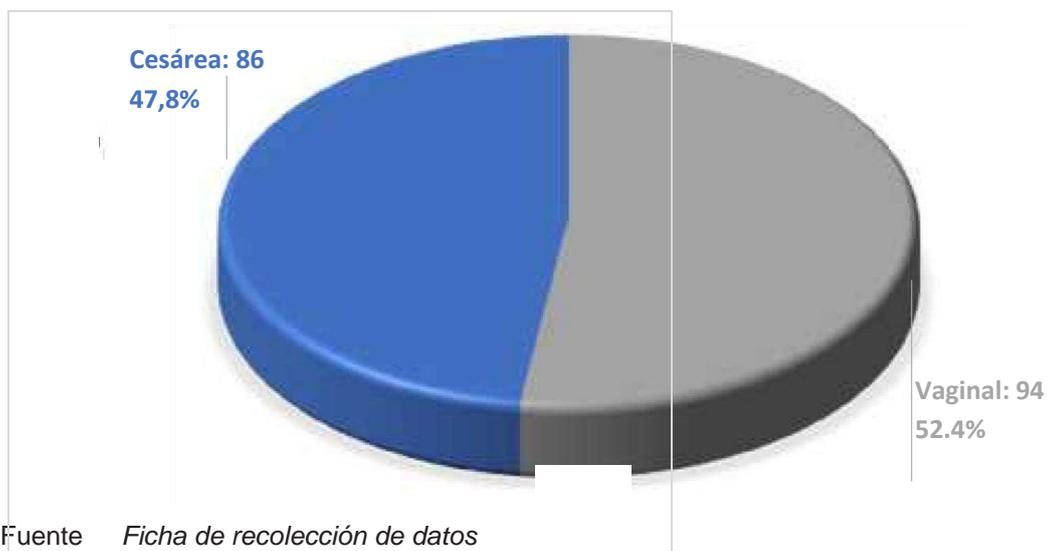
49



Fuente: *Ficha de recolección de datos*

En la figura 1 se muestra que del 100% (180) gestantes evaluadas con el test no estresante, se tuvo como resultado el 81,1% (146) feto activo reactivo, seguido de 15,6% (28) como feto activo no reactivo y sólo el 3,3% (06) resultaron como feto hipoactivo No reactivo. Por lo tanto, se concluye que el 81,1% de gestantes a término resultaron con feto activo reactivo determinado con la evaluación cardiotocográfica. Es decir que la gran mayoría de los fetos evaluados con el test no estresante se encontraban con bienestar fetal y estado neurológico intacto determinado con el monitoreo fetal electrónico.

Vía de culminación del parto en gestantes a término con test no estresante.



Fuente *Ficha de recolección de datos*

En la figura 2 se muestra que del 100% (180) gestantes evaluadas con el test no estresante, el 52,4% (94) finalizaron su nacimiento por vía vaginal y el 47,8% (86) a través de una cesárea; en consecuencia, se puede concluir que el 52,4% de embarazadas a término con test no estresante finalizaron su parto por vía vaginal. Esto implica que la gran mayoría de los fetos evaluados con este test experimentaron un parto eutócico por vía vaginal, que es lo fisiológico.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En la práctica clínica se ha implementado una herramienta crucial para evaluar el estado de salud fetal durante el parto y el intraparto, conocida como monitoreo electrónico fetal. Este método permite identificar la presencia de cualquier compromiso fetal mediante el registro de diversos parámetros. A nivel nacional, se ha establecido un protocolo para realizar el monitoreo electrónico fetal con el fin de evaluar el bienestar fetal en diferentes complicaciones maternas. Esto ayuda a los obstetras a determinar las acciones a seguir para garantizar un resultado favorable tanto para la madre como para el bebé.

Es fundamental realizar una interpretación adecuada del trazado cardiotocográfico para obtener un diagnóstico preciso que guíe las acciones obstétricas de manera oportuna. Sin embargo, en algunos casos se ha observado una discrepancia entre la evaluación diagnóstica y los resultados perinatales, lo que ha dado lugar a falsos positivos. Estos falsos positivos pueden llevar a un aumento en el número de cesáreas innecesarias, aunque al final resulte en el nacimiento de un bebé sano.

Los resultados que se encontró con el test No estresante realizado a las gestantes fue que la mayoría (81,1%) eran feto activo reactivo, lo cual indica que tienen adecuado bienestar fetal, sin hipoxia ni daño neurológico, es decir que estaban cursando su embarazo con normalidad. Resultados concordantes con lo descrito por Cusihuaman Y. (2020) en su artículo “Asociación entre la conclusión del test no estresante y los resultados perinatales de gestantes con preeclampsia de un hospital de Junín” refiere que el 80% de las conclusiones del test no estresante mostraron fetos activos reactivos en las gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Este hallazgo coincide con los resultados reportados por Balderas y Coaquira, quienes encontraron que los resultados reactivos se presentaron en el 96.30% y 77,8% de los casos.

También Moreno M y Vidaurre G (2018) en su tesis “Resultados de la cardiotocografía en relación a distocia funicular, condiciones del recién nacido y tipo de parto en el Hospital Regional docente “Las Mercedes” de Chiclayo en el año 2016 y 2017” Descubrieron que el 73,3% del total de pruebas del Test No Estresante arrojaron un resultado reactivo, con la aparición de 3 casos con resultados patológicos.

En relación con la vía de finalización del parto, esta investigación reveló que no se observa una diferencia significativa en las frecuencias, ya que el 52,4% (94) de los partos finalizó por vía vaginal y el 47,8% (86) mediante cesárea. Estos resultados son refrendados por Moreno M y Vidaurre G. (2018) en su tesis “Resultados de la

cardiotocografía en relación a distocia funicular, condiciones del recién nacido y tipo de parto en el Hospital Regional docente “Las Mercedes” de Chiclayo en el año 2016 y 2017” quienes reportan que el 50,8%(62) de los partos finalizó por vía vaginal, y el 49,2%(60) fue por cesárea; encontrando una diferencia mínima con el porcentaje de cesáreas.

Al comparar los resultados cardiotocográficos del test no estresante con la vía del parto, se observó que la mayoría (46,7%) de las gestantes evaluadas presentaron un feto activo reactivo por lo cual culminaron su embarazo a través de un parto vaginal. Lo que no ocurrió en los fetos activos no reactivos que la mayoría de éstos (11,7%) tuvieron que concluir su embarazo a través de una intervención quirúrgica como es la cesárea para evitar mayor daño neurológico. Resultados que son similares a lo descrito por Miranda R. (2017) en su tesis “Resultados cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal ante parto en gestantes con ruptura prematura de membranas relacionadas con el tipo de parto. Hospital María Auxiliadora – San Juan de Miraflores – 2016” quien concluye que en el total de tests no estresantes (NST) realizados, los resultados fueron los siguientes: el 79.6% (70) mostraron ser reactivos, de los cuales el 71.6% (63) correspondieron al grupo de gestantes que tuvieron parto vaginal, y el 8% (7) al grupo de parto por cesárea. En cuanto a los NST no reactivos, representaron el 20.4% (18), de los cuales solo el 1.1% (1) correspondió al grupo de gestantes con parto vaginal, mientras que el 19.3% (17) correspondió al grupo de parto por cesárea. Se llevó a cabo un análisis estadístico utilizando la prueba del Chi-cuadrado, lo que indicó una relación con alta significancia estadística entre el test no estresante (NST) y el tipo de parto vaginal ($p=0.000$).

Conde AM y Zegarra R. (2018) en su tesis “Hallazgos cardiotocográficos del test no estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe de enero a junio de 2017”. Quienes refieren que el 93% de los casos mencionaron que el parto fue por vía vaginal, mientras que el 7% fue por cesárea. En todos estos casos, el Test No Estresante arrojó resultados de Actividad Reactiva. No se registraron casos de Actividad No Reactiva ni patológicos. Sin embargo, estos resultados discrepan con lo encontrado por Cusihuaman Y. (2020) en su artículo “Asociación entre la conclusión del test no estresante y los resultados perinatales de gestantes con preeclampsia de un hospital de Junín” reporta en cuanto a la vía del parto, que la mayoría de los casos se sometieron a cesárea con el diagnóstico de feto activo reactivo (FAR) ($n=9$), seguido por aquellos que también tuvieron este diagnóstico pero dieron a luz por vía vaginal ($n=7$), así concluyó que no existe asociación entre estas variables ($p=0.494$).

En las tablas 2 y 3 se muestra la relación de los resultados del NST con el Apgar al minuto y 5 minutos respectivamente donde se concluye que el 81,1% de las gestantes con evaluación cardiotocográfica tuvieron como resultado un feto activo reactivo por lo cual sus fetos presentaron un buen Apgar al minuto y a los 5 minutos de 7 a 10. Estos resultados al contrastar con el análisis estadístico de chi-cuadrado se halló diferencia estadística significativa ($p < 0,05$) lo que significa que los resultados cardiotocográficos se asocian con el Apgar evaluado al minuto y a los 5 minutos de igual manera. Lo que se confirma que cuando el test no estresante arroja un buen resultado de bienestar fetal, de igual manera es confirmado con el estado de bienestar adecuado del recién nacido que es reflejado con la evaluación del Apgar al minuto y a los 5 minutos, luego de ser sometido al trabajo de parto. Esta casuística es concordante con lo descrito por Conde AM y Zegarra R (2018) en su tesis “Hallazgos cardiotocográficos del test no estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe de enero a junio de 2017” quienes refieren que el 71% de los casos presentaron un puntaje Apgar al minuto entre 7 y 10, mientras que el 29% tuvo un puntaje entre 4 y 6; en ambos casos, se registró un Test No Estresante con resultado de Actividad Reactiva, por otro lado, no se observaron casos de Actividad No Reactiva ni Patológica. En cuanto al Apgar a los 5 minutos, el 100% de los casos mostraron un puntaje entre 7 y 10, todos ellos con un Test No Estresante con resultado de Actividad Reactiva. Asimismo, Cusihuaman Y. (2020) en su artículo “Asociación entre la conclusión del test no estresante y los resultados perinatales de gestantes con preeclampsia de un hospital de Junín” manifiesta con respecto al índice Apgar al minuto, se observó una relación significativa puesto que $p\text{valor}=0.028$, lo que indica que la mayor proporción se hallaba en aquellos casos con un puntaje Apgar de 7 a 10 y un test no estresante (NST) con resultado de feto activo reactivo (FAR) (92.9%). Sin embargo, no se halló asociación significativa cuando se evaluó el Apgar a los 5 minutos ($p=0.264$).

Con respecto a la edad de las madres destaca que el 56,1% de las gestantes con evaluación cardiotocográfica tuvieron como resultado un feto activo reactivo cuyas edades fluctúan entre 20 a 35 años de edad, lo cual es refrendado con el chi 2 encontrándose asociación estadística significativa ($p < 0,05$). Resultados coincidentes con lo descrito por Moreno M y Vidaurre G (2018) en su tesis “Resultados de la cardiotocografía en relación a distocia funicular, condiciones del recién nacido y tipo de parto en el Hospital Regional docente “Las Mercedes” de Chiclayo en el año 2016 y 2017” quienes observan que el grupo etario predominante entre las gestantes evaluadas es el de gestantes adultas, representando el

70,5%. Este grupo etario comprende a mujeres de entre 19 y 34 años. Asimismo, Cusihuaman Y. (2020) en su artículo “Asociación entre la conclusión del test no estresante y los resultados perinatales de gestantes con preeclampsia de un hospital de Junín” observa que el 50% de las gestantes con test no estresante tiene edades comprendidas en el intervalo de 18 a 29 años.

Finalmente, las tablas 5 y 6 representan a las variables como la paridad y edad gestacional, los cuales se encontró que no existe relación estadísticamente significativa ya que se obtuvo $p\text{valor} > 0,05$ con los resultados cardiotocográficos del test no estresante.

CONCLUSIONES

1. Se encontró una asociación significativa entre los resultados del test no estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a término. El 81,1% de las gestantes con un feto activo reactivo tuvieron un parto vaginal (46,7%) o cesárea (34,4%). En contraste, el 15,6% con un feto activo no reactivo tuvieron un parto por cesárea (11,7%) o vía vaginal (3,9%).
2. En el estudio realizado en el Hospital de Apoyo de Cangallo - Ayacucho en 2021, determino que, del total de 180 gestantes a término evaluadas con el test no estresante, el 81,1% presentaron un feto activo reactivo, seguido por un 15,6% con feto activo no reactivo y un 3,3% con feto hipoactivo no reactivo. Se identificó una asociación significativa entre el apgar al minuto del recién nacido y los resultados del test no estresante.
3. Se identifico la vía de culminación del parto más frecuente de las gestantes a término con test no estresante atendidas en el Hospital de Apoyo de Cangallo – Ayacucho – 2021. El 46,7% de las embarazadas evaluadas con cardiotocografía mostraron un feto activo reactivo y tuvieron parto vaginal. Se verifica una asociación significativa entre el apgar a los 5 minutos del recién nacido y los resultados del test no estresante.
4. En el estudio realizado en el Hospital de Apoyo de Cangallo - Ayacucho en 2021, se determinó que del total de 180 gestantes a término evaluadas con el test no estresante, el 81,1% (146) presentaron un feto activo reactivo, de los cuales el 56,1% (101) tenían entre 20 a 35 años y el 13,3% (24) eran adolescentes menores de 19 años; mientras que el 15,6% (28) resultaron con feto activo no reactivo, de las cuales el 11,7% (21) tenían de 20 a 35 años y el 2,2% (4) eran menores o iguales a 19 años, encontrándose una asociación significativa entre los resultados del test no estresante y la edad de la gestante.
5. Se verificó que no existe asociación significativa entre los resultados cardiotocográficos y la paridad de las gestantes (p-valor =0.886) ni con la edad gestacional (p-valor = 0.330) de las gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo – Ayacucho - 2021.

RECOMENDACIONES

1. A la coordinación de Obstetricia en el Hospital de Apoyo de Cangallo realice una evaluación más minuciosa y detallada siguiendo los protocolos vigentes al tomar decisiones sobre el método de parto. Esto se fundamenta en la discrepancia observada entre la alta actividad reactiva de los fetos y el considerable porcentaje (47,8%) que finalmente requirió cesárea para culminar el embarazo.
2. A la coordinadora de Obstetricia en el Hospital de Apoyo de Cangallo ampliar la cobertura de sus servicios e incorporar pruebas adicionales como el test no estresante y el monitoreo fetal intraparto para mejorar la atención y seguimiento de las gestantes.
3. Al personal directivo del Hospital de Apoyo de Cangallo - Ayacucho implemente un protocolo de atención personalizada para las gestantes a término con test no estresante, priorizando el parto vaginal para aquellas con fetos activos reactivos, y monitoreando de cerca el estado del recién nacido mediante el índice de Apgar a los 5 minutos, dada la asociación significativa encontrada entre ambos.
4. Al personal directivo del Hospital de Apoyo de Cangallo - Ayacucho implemente un programa de seguimiento y atención prenatal diferenciado para gestantes adolescentes y adultas, dado que se encontró una asociación significativa entre los resultados del test no estresante y la edad materna. Este programa debe incluir un monitoreo más estrecho de las adolescentes y adultas jóvenes con fetos activos no reactivos en el test no estresante, para detectar oportunamente posibles complicaciones y tomar las medidas necesarias.
5. Dada la ausencia de asociación significativa entre los resultados del test no estresante y la paridad o edad gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital de Cangallo - Ayacucho, se sugiere que el personal de salud no se enfoque únicamente en estos factores al interpretar los hallazgos cardiotocográficos. En su lugar, se recomienda realizar una evaluación integral que considere también otras variables materno-fetales relevantes, con el fin de tomar decisiones más acertadas sobre la vía de culminación del parto. Esto permitirá brindar una atención más personalizada y basada en la evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Reducción de la Mortalidad en la niñez. Ginebra: 2012, serie de informes técnicos: 178.
- 2) Cabero L. Tratado de Ginecología y Obstetricia - Medicina Materno Fetal, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2ª ed. Madrid: Panamericana, 2013.
- 3) Parts L, Holzmann M, Norman M, Lindqvist PG. Admission cardiotocography: A hospital based validation study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. octubre de 2018; 229:26-31.
- 4) Zeta A. Valor predictivo y razón de verosimilitud del test no estresante para la indicación de cesárea de emergencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza-MINSA. Periodo 2018. [Tesis para optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
- 5) Okusanya BO. Cardiotocografía prenatal para la evaluación fetal. Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, 2010. [Acceso el 11 de julio del 2020]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-andchildbirth/antenatalcare-12>
- 6) Paccha R. Resultados neonatales y tipo de parto en gestaciones a término de acuerdo al registro cardiotocográfico. [Tesis]. Área de La Salud Humana carrera de Medicina Humana. Universidad Nacional de Loja – Ecuador. 2016.
- 7) Cypher RL. A Standardized Approach to Electronic Fetal Monitoring in Critical Care Obstetrics. J Perinat Neonatal Nurs. septiembre de 2018;32(3):212-21.
- 8) Celi A. Relación clínica del monitoreo electrónico fetal y su determinación para el tipo de parto en el área de Gineco- Obstetricia del Hospital Isidro Ayora. [Tesis]. Facultad de Medicina Humana. Ecuador. 2015.
- 9) Huaman A, Anyadi P, Stephens L, Thomas SL, Reid H, Higgins LE, et al. Una evaluación de métodos mixtos de monitoreo electrónico continuo del feto durante un período prolongado. Acta Obstet Gynecol Scand. diciembre de 2018;97(12):1515-23.
- 10) Miranda R. Resultados cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal anteparto en gestantes con ruptura prematura de membranas relacionadas con el tipo de parto. Hospital María Auxiliadora – San Juan de Miraflores – 2016. [Tesis para optar el título de Obstetra especialista en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2017.

- 11) Moreno M y Vidaurre G. Resultados de la cardiotocografía en relación a distocia funicular, condiciones del recién nacido y tipo de parto en el Hospital Regional docente “Las Mercedes” de Chiclayo en el año 2016 y 2017. [Tesis para optar el título de Obstetra especialista en Monitoreo Fetal]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017.
- 12) Alfaro K. Cardiotocografía fetal en gestantes con pre eclampsia en el Hospital Hugo Pesce Pesceto de Andahuaylas, 2016. [Tesis para optar el título de especialista en emergencias y alto riesgo obstétrico]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018.
- 13) HERNANDEZ S. Control de Bienestar Fetal Intraparto. Curso Intensivo en Medicina Materno Fetal. 2012.
- 14) Criado Enciso etal. (SEGO) SEdG. Fundamentos de Obstetricia Diapason, editor. MADRID: Planta; 2007.Chango Sosa, P y Velos zurita A, “Valor Predictivo del Monitoreo Fetal Anteparto 2014”
- 15) Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Vigilancia de la salud fetal intraparto, Lima, Perú. 2010:336-352.
- 16) Martel A y Romero M. Guía de procedimiento asistencial de monitoreo fetal electrónico anteparto (NST). En la unidad de vigilancia de bienestar fetal. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital nacional Cayetano Heredia. Lima – Perú. Febrero 2014.
- 17) Pozo M y Quispe O. Valor predictivo del test no estresante en relación al APGAR neonatal. Hospital EsSalud de Ayacucho, noviembre 2015 a febrero del 2016. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2016.
- 18) Quispe K y Quispe M. Via de Parto en gestantes con circular de cordón diagnosticado por Ecografía. Hospital Regional de Ayacucho. Febrero a mayo 2017. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2017.
- 19) Cusihuaman Y. Asociación entre la conclusión del test no estresante y los resultados perinatales de gestantes con preeclampsia de un hospital de Junín. Revista Internacional de Salud Materno Fetal ISSN 2519-9994. <https://doi.org/10.47784/rismf.2020.5.3.91>

- 20) Conde AM y Zegarra R. Hallazgos cardiotocográficos del test no estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe de enero a junio de 2017. [Tesis para optar el título de Obstetra especialista en Monitoreo Fetal]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2018.
- 21) Velásquez JOR, Páez JAP, Herrera SCC, Osorio MLV, Bohórquez SEP, Méndez JAC, et al. Analysis of antepartum cardiotocography based on S/k proportions and probability in 20 minutes. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2022Apr;22(2):349–55. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200020009>
- 22) Chávez Webster JA. Validez del monitoreo electrónico fetal como predictor de compromiso de bienestar fetal en embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico. Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca; 2020 [Tesis de segunda especialidad en internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2022 [Citado el 18 de abril del 2022]. 53 p. Disponible de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/38664/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>.
- 23) Rojas Nicolas YC. Resultados del test no estresante anteparto relacionado al estado de bienestar neonatal según vía de parto en gestantes atendidas del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, enero - junio 2018 [Tesis de maestría en internet]. Huánuco - Perú: Universidad de Huánuco; 2020 [Citado el 18 de abril del 2022]. 78 p.
- 24) Gomez, Magaly.(Cusco, 2023); En su estudio “Relación entre monitoreo fetal electrónico y apgar del recién nacido en pacientes atendidas en salud cusco” <https://hdl.handle.net/20.500.12557/6242>
- 25) Celi Mejía, Andrea Mercedes. Relación Clínica del Monitoreo Electrónico Fetal y su determinación para el tipo de Parto en el área de Ginecobstetricia del Hospital Isidro Ayora. Diss. Tesis de médico general. Loja-Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Área de salud Humana, 2015.
- 26) Cahua Diaz, Deysi Maribel. "Relación entre la valoración cardiotocográfica del test no estresante y resultados perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica. enero a junio, 2020." (2021).
- 27) Cifuentes Pecho, Isabel Martha. "Parámetros cardiotocográficos del test estresante y su relación con la vía de parto y apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital el Carmen–Huancayo, enero-junio 2017." (2021).

- 28) SOLIS, Quispe; ROSALIA, Claret. Registros cardiotocográficos del test no estresante y su relación con el apgar del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue El Agustino de enero a marzo 2017. 2018.
- 29) GUZMÁN ALVARADO, Uldarico. Monitoreo fetal electrónico y apgar del recién nacido en el hospital nacional dos de mayo, agosto a diciembre 2017. 2018.
- 30) QUISPE ORE, Deysi. Vía de culminación del parto en gestantes a término con monitoreo fetal electrónico. Hospital Jesús de Nazareno. Abril-junio, 2021. 2023.
- 31) Williams Obstetricia, “Parto Normal” 25e Eds. F. Gary Cunningham et al. McGraw-Hill Educación, 2019, <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739§io>.
- 32) Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima 2018. Pg 447.

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO DE CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO – DICIEMBRE, 2021

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema general ¿Cuáles son los resultados del test no estresante y su relación con la vía de culminación del parto en gestantes a término en el Hospital de Cangallo-Ayacucho-2021?</p> <p>Específicos ¿Cuáles serán los resultados del test no estresante en gestantes a término atendidas en el Hospital de Apoyo de Cangallo? ¿Cuál será la vía de culminación del parto más frecuente de las gestantes con test no estresante atendidas en el Hospital de Cangallo? ¿Cuál será la relación entre los resultados del test no estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a término en el Hospital de Apoyo de Cangallo? ¿Cuáles fueron los resultados perinatales de las gestantes a término con test no estresante en el Hospital de Cangallo? ¿Cuál es la relación que existe entre los factores maternos con los resultados del test no estresante de las gestantes atendidas en el Hospital de Cangallo?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Conocer los resultados del test no estresante y su relación con la vía de culminación del parto en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo-Ayacucho-2021</p> <p>Específicos Determinar los resultados del test no estresante en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo-Ayacucho-2021</p> <p>Identificar la vía de culminación del parto más frecuente de las gestantes con test no estresante atendidas en el Hospital de Cangallo-Ayacucho-2021</p> <p>Establecer la relación entre los resultados del test no estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a término atendidas en el Hospital de Cangallo-Ayacucho-2021</p> <p>Determinar los resultados perinatales de las gestantes a término con test no estresante en el Hospital de Apoyo de Cangallo-Ayacucho-2021</p> <p>Relacionar los factores maternos con los resultados del test no estresante de las gestantes a términos en el Hospital de Apoyo de Cangallo-Ayacucho-2021.</p>	<p>Ha Existe asociación significativa entre los resultados del Test no estresante y la vía de culminación del parto en gestantes atendidas en el Hospital de Cangallo-Ayacucho-2021</p> <p>Ho No existe relación significativa entre los resultados del Test no estresante y la vía de culminación del parto en gestantes a terminos en el Hospital de Cangallo-Ayacucho-2021</p>	<p>V1: VARIABLE INDEPENDIENTE Resultados cardiotocográficos del test no estresante:</p> <ul style="list-style-type: none"> Activo Reactivo Activo No Reactivo Patológico <p>V2: VARIABLE DEPENDIENTE Vía de culminación del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaginal Cesárea <p>VARIABLES INTERVINIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad gestacional Apgar neonatal 	<p>4.1 . Dimensión espacial y temporal La investigación se desarrolló en la provincia de Cangallo, región de Ayacucho, donde funciona el Hospital de Apoyo de Cangallo</p> <p>4.2. Tipo de Investigación De acuerdo al propósito de la investigación, en el trabajo a realizar el tipo de estudio que se aplicará será: Retrospectivo. Transversal, Correlacional, porque se medirá el grado de relación que existe entre las dos variables en estudio.</p> <p>4.3. Diseño de Investigación El diseño de la investigación es el no experimental en su modalidad correlacional.</p> <p>Universo o Población Está constituida por todas las gestantes a término que acudieron al servicio de bienestar fetal del Hospital de Apoyo de Cangallo en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2021.</p> <p>4.5. Selección de la Muestra Constituida por todas las gestantes a término con resultado de test no estresante en sus fetos determinado por cardiotocografía.</p> <p>4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos Técnica Lectura e interpretación de trazados cardiotocográficos. Revisión de Historias Clínicas Instrumento Historias clínicas. Ficha de recolección de datos Fuentes La fuente de información es secundaria, es decir que se obtuvieron los datos de las historias clínicas.</p>

ANEXO 02: INSTRUMENTOS: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

FACULTAD DE OBSTETRICIA SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Datos Generales:

Nº de ficha:..... Nombres y Apellidos:

Fecha:..... a.

Edad

1. ≤ 19 años ()
2. 20 a 35 años ()
3. 36 a más años ()

Datos Gineco- Obstétricos y perinatales

Paridad clasificación de la gestante acuerdo al número de partos

1. Nulípara () **Edad** 2 . Multípara () 3. Gran Multípara ()

gestacional

FUM :..... Edad gestacional:.....

1. 37-38semanas ()
2. 39-40 semana ()
3. mayor a 40 menor de 41 ()

semanas

2. Resultados cardiotocográficos

1.Feto activo reactivo	• Reactivo
Feto activo no reactivo	• No reactivo
Feto hipoactivo no reactivo	• Patológico

4. Vía de culminación del parto

Fecha:.....

1. Vaginal ()
2. Cesárea ()

APGAR: Al minuto..... A los 5 minutos.....

1. Normal: 7-10 puntos ()
2. Asfixia Leve: 4-6- puntos ()
3. Asfixia Grave: 1-3 puntos ()

ANEXO 03: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR JUECES

ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.

EXPERTO... *Diógenes Salvaterra Gallahui*

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	2	
2. El instrumento tiene estructura lógica	2	
3. La secuencia de presentación es óptima	2	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	2	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	2	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	2	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	2	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	2	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 FIRMA DEL EXPERTO

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO... Jenny Riveros Landeo

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	2	
2. El instrumento tiene estructura lógica.	2	
3. La secuencia de presentación es óptima.	2	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	2	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	2	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	2	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	2	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	2	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES

.....

.....

.....


Jenny Riveros Landeo
OBSTETRA
ENFERMERA DEL ECUADOR

ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.

EXPERTO: *Magaly Caramondi Ayala*

CRITERIOS DE EVALUACION	CORRECTO 2 PUNTOS	INCORRECTO 0 PUNTOS
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	2	
2. El instrumento tiene estructura lógica.	2	
3. La secuencia de presentación es óptima.	2	
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	2	
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	2	
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	2	
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	2	
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	2	
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	2	
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	2	
TOTAL	20	

OBSERVACIONES

Magaly Caramondi Ayala

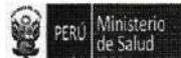
 OBSTETRA
 COP. 25975

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 04: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Hospital II - 1
Apoyo Cangallo**



**"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"**

CARTA N° 006-2023/HAC "JFS" C/DIR

SEÑOR : **Obsta. TANIA ELIZABETH YUPANQUI GOMEZ**
Personal asistencial del Hospital de Apoyo General "JFS" – Cangallo.

Cangallo, 09 de Octubre del 2023

De mi mayor consideración:

Previo Cordial saludo, conforme a la solicitud presentada por su persona SOLICITANDO PERMISO PARA EJECUTAR TRABAJO DE INVESTIGACION titulado Test No Estresante en Gestantes a Termino y la Vía de Culminación de Parto. Hospital de Cangallo – Ayacucho – 2021" esta entidad AUTORIZA acceder a datos de Test no Estresante conforme los alcances de la investigación planteada por su persona lo cual debera realizarlo dentro de los horarios establecidos por la entidad y en las instalaciones del Hospital de Apoyo Cangallo durante los meses de octubre y noviembre del 2023. Se sugiere culminado la investigación remitir una copia simple de lo ejecutado con la finalidad socializar con los servidores de salud.

Es momento oportuno para expresarle las muestras de mi especial consideracion y deseando exitos en sus objetivos, me suscribo de Ud.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
SECRETARÍA REGIONAL DE AYACUCHO
HOSPITAL DE APOYO GENERAL "JFS"
JUAN FURUJAGA SOYAMA - CANGALLO
G.F. Vladimir R. Pizarro
DIRECTOR

ANEXO 05: RESOLUCIÓN DE EXCLUSIVIDAD DEL TÍTULO



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

RESOLUCIÓN N°305-2022-UNHEVAL/Fobst-D

Huánuco, 27 de julio de 2022

VISTO:

La Solicitud S/N, de fecha de recepción 19.JUL.2022, presentado por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, en seis (06) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Solicitud S/N, de fecha de recepción 19.JUL.2022, presentado por la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, solicita nombramiento de asesora y exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO - DICIEMBRE 2021";

Que, con Carta de Aceptación s/n, la Mg. Yola ESPINOZA de SANTIAGO, acepta asesorar a la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ;

Que, mediante Proveído digital N°534-2022-UNHEVAL/FObst-D, se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para que informe sobre la exclusividad de tema de la mencionada estudiante;

Que, mediante Constancia N°058-2022-MMF-DuI-FObst-UNHEVAL, de fecha de recepción 26.JUL.2022, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, informa PROCEDENTE la exclusividad de tema;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el Título III sobre Tesis, en el Art. 36° señala: "El interesado que va a obtener el título profesional o el profesional que va a obtener el título de segunda especialidad profesional, por la modalidad de tesis, debe solicitar al Decano de la Facultad, mediante solicitud, en el último año de estudios, la designación de un Asesor de Tesis adjuntando un (1) ejemplar de Proyecto de tesis o similar, con el visto bueno del docente. Previamente deberá contar con la Constancia de Exclusividad de tema que será expedida y remitido por la Unidad de Investigación de la Facultad";

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación: "**RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO - DICIEMBRE 2021**", de ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ y queda registrado en el cuaderno de Actas de Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia

...///



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO

.../// RESOLUCIÓN N°305-2022-UNHEVAL/Fobst-D

-2-

- 2° **NOMBRAR** a la **Mg. Yola ESPINOZA de SANTIAGO**, como Asesora de Tesis de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación.
- 3° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como Asesor del Proyecto de Tesis por docente.
- 4° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 Dra. Ibeth C. Figueroa Sanchez
 DECANA

Distribución:

DUI, Asesora, Interesadas, Archivo

ANEXO 06: RESOLUCIÓN DE DESIGNACIÓN DE JURADO



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

RESOLUCIÓN N° 439-2022-UNHEVAL/Fobst-D

Huánuco, 12 de octubre de 2022

VISTO:

La solicitud s/n, de fecha de recepción 04.OCT.2022, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, en tres (03) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N°334-2022-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 22.AGO.2022, se aprueba la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO - DICIEMBRE 2021" y se nombra a la Mg. Yola ESPINOZA de SANTIAGO, como Asesora de Tesis de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de Investigación;

Que, mediante solicitud s/n, de fecha de recepción 04.OCT.2022, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, solicita designación de jurados del proyecto de tesis: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO - DICIEMBRE 2021", bajo del asesoramiento de la Mg. Yola ESPINOZA de SANTIAGO, quien informa que se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis;

Que, con Resolución Consejo Universitario N°2723-2022-UNHEVAL, de fecha 17.AGOS.2022, se resuelve modificar el Art. 26° y su literal a); el Art. 38° y su literal a); y el Art 68° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL, aprobado con la Resolución Consejo Universitario N°0734-2022-UNHEVAL, con respecto a la designación de jurados; debiendo quedar redactado para los casos de "Tesis", de la siguiente manera: "Art. 38 "El interesado con el informe del Asesor de tesis, deberá solicitar la designación del Jurado de Tesis. El Decano de la Facultad, en un plazo de tres (03) días, designará al jurado de Tesis. a) El Jurado de Tesis será designado considerando el récord de participación de los docentes de cada Escuela Profesional. El Jurado de Tesis estará integrado por tres (3) docentes ordinarios o contratados como como titulares y un docente ordinario o contratado como accesitario, de los cuales dos docentes titulares deben ser de la especialidad". Asimismo, indica en el inciso "b) El Jurado estará compuesto de: Presidente, Secretario y Vocal, presidido por el docente de mayor categoría y antigüedad; Jurado de Tesis que emitirá un informe colegiado al Decano, en un plazo no mayor de quince (15) días calendario, cumplido este periodo de tiempo y si no hay informe de revisión de tesis se realizará cambio de jurado";

Que, mediante Provedo digital N°784-2022-UNHEVAL/FObst-D, se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, quién cuenta con la Base de Datos de Asesoría y Jurados; para que remita una propuesta de jurados, considerando el récord de participación de los docentes para la mencionada ex alumna;

Que, analizado el Informe Virtual N°052-2022-MMF-DuI -FObst-UNHEVAL, de fecha de recepción 11.OCT.2022, remitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, sobre la propuesta de jurados según récord de participación de los docentes, la Decana designa el Jurado de tesis, quedando integrado de la siguiente manera: Dr. Victor

...///



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

...//...RESOLUCIÓN N°439-2022-UNHEVAL/FObst-D

-2

QUISPE SULCA, Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ, Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA y Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° DESIGNAR** Jurados de la Tesis titulada: **"RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO - DICIEMBRE 2021"**, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

Presidente: Dr. Victor QUISPE SULCA
 Secretaria: Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ
 Vocal: Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
 Accesitaria: Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA

- 2° DISPONER**, que los docentes designados informen colegiadamente al Decano en un plazo no mayor de quince (15) días calendarios, sobre la suficiencia del proyecto de tesis.
- 3° DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

 Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
 DECANA

Distribución:
 UPROySA
 DUI
 Jurados(4),
 Asesora,
 Interesadas
 Archivo

ANEXO 07: RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PROYECTO



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

RESOLUCIÓN N°014-2023-UNHEVAL/Fobst-D

Huánuco, 05 de enero de 2023

VISTO:

La Solicitud S/N, de fecha de recepción 03.ENER.2023, presentado por la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, en cuatro (04) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N°334-2022-UNHEVAL/Fobst-D, de fecha 22.AGO.2022, se aprueba la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO - DICIEMBRE 2021", y se nombra a la Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO, como asesora de Tesis de la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de Investigación;

Que, mediante Resolución N°439-2022-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 12.OCT.2022, se DESIGNA Jurados de la Tesis de la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, integrado de la siguiente manera: Presidente: Dr. Víctor QUISPE SULCA; Secretaria: Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ; Vocal: Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, Accesitaria: Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA;

Que, con INFORME N° 022- 2022- DVQS-FOBST-UNHEVAL, el Dr. Víctor QUISPE SULCA, con INFORME N° 0159-2022-UNHEVAL-FOBST.JE, la Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ y con INFORME N°053-2022-DA-FOBST-UNHEVAL-MMF, la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA, Jurados de la Tesis indican que se encuentra APTO para su aprobación y ejecución;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el proyecto de Tesis, titulado: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO - DICIEMBRE 2021 ", de la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ asesorada por la Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el Repositorio de Proyecto de Tesis de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del **06.ENE.2023**.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

 Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
 DECANA

DISTRIBUCIÓN:

UPROySA, DUI, asesora, interesada y archivo

ANEXO 08: RESOLUCIÓN DE MODIFICACIÓN DE TÍTULO



*“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”*
UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

RESOLUCIÓN N° 047-2024-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 26 de enero del 2024.

VISTO:

El Proveído N° 011-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 24.ENE.2024, de la Coordinadora General del Centro Genereador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, en cuatro (04) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 334-2022-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 22.AGO.2022, se aprueba la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación: “RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO – DICIEMBRE 2021”, y se nombra a la Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO, como Asesora de Tesis de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de Investigación;

Que, mediante Resolución N° 439-2022-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 12.OCT.2022, se designa Jurados de la Tesis de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, conformado por: Presidente: Dr. QUISPE SULCA, Víctor; Secretaria: Dra. MANRIQUE DE LARA SUÁREZ, Digna Amabilia; Vocal: Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar; Accesitaria: Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar;

Que, mediante Resolución N° 014-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 05.ENE.2023, se resuelve 1° APROBAR el proyecto de Tesis, titulado: “RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO – DICIEMBRE 2021”, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ...;

Que, con Constancia para modificación de título, de fecha 22.ENE.2024, la Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO, Asesora de la Tesis en mención de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, indica que debe ser modificado por tener más de 20 palabras y que debe ser así: “TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO – AYACUCHO – 2021”;

Que, mediante Proveído N° 011-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 24.ENE.2024, la Mg. Ana María SOTO RUEDA, Coordinadora General del Centro Genereador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, remite la solicitud S/N°, de fecha de recepción 23.ENE.2024, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, mediante el cual solicita modificación del título de proyecto de tesis;

Que, analizado por la Decana, de acuerdo a los documentos normativos da precedente la solicitud S/N°, de fecha de recepción 23.ENE.2024, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ; y,

Estando a las atribuciones conferida a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

...///



*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

...// RESOLUCIÓN N° 047-2024-UNHEVAL/FObst-D

-2-

- 1° **MODIFICAR** el numeral 1° de la parte resolutive de la Resolución N° 014-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 05.ENE.2023, en el extremo del título del proyecto de Tesis, debiendo ser: **"TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO - AYACUCHO – 2021"**, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ**, asesorada por la Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO, y queda registrado en el archivo de la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada para los fines consiguientes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
DECANA

DISTRIBUCIÓN:

CGSA
DUI
Asesora
Interesada
Archivo.

ANEXO 09: RESOLUCIÓN DE EXPEDITO, FECHA, HORA Y LUGAR DE SUSTENTACIÓN



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

RESOLUCIÓN N° 296-2024-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 08 de mayo del 2024.

VISTO:

El FÚT S/N°, de fecha 02.MAY.2024, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, en diecisiete (17) folios, con el borrador de tesis en digital;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 334-2022-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 22.AGO.2022, se aprueba la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO – DICIEMBRE 2021", y se nombra a la Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO, como Asesora de Tesis de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de Investigación;

Que, mediante Resolución N° 439-2022-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 12.OCT.2022, se designa Jurados de la Tesis de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, conformado por: Presidente: Dr. QUISPE SULCA, Victor; Secretaria: Dra. MANRIQUE DE LARA SUÁREZ, Digna Amabilia; Vocal: Dra. MELGAREJO FIGUEROA, María del Pilar; Accesitaria: Mg. DE LA MATA HUAPAYA, Rosario del Pilar;

Que, mediante Resolución N° 014-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 05.ENE.2023, se resuelve 1° APROBAR el proyecto de Tesis, titulado: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN A LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE APOYO CANGALLO JUAN FUKUNAGA SOYAMA. ENERO – DICIEMBRE 2021", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ...;

Que, con Resolución N° 047-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 26.ENE.2024, se modifica el numeral 1° de la parte resolutive de la Resolución N° 014-2023-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 05.ENE.2023, en el extremo del título del proyecto de Tesis, debiendo ser: "TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO - AYACUCHO – 2021", de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ;

Que, con Informe Colegiado N° 001-2024-FObst-UNHEVAL, de fecha 16.ENE.2024, el Dr. Víctor QUISPE SULCA, Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUÁREZ y Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA; Jurados Evaluadores de Tesis indican que después de haber realizado la revisión del borrador de Tesis se encuentra APTO para ser sustentada, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, con FÚT S/N°, de fecha 02.MAY.2024, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, solicita fijar fecha y hora para el acto de sustentación;

Que, con Proveído N° 090-2024-UNHEVAL/FOBST-CEGESA-CG, de fecha 02.MAY.2024, la Mg. Ana María SOTO RUEDA, Coordinadora General del Centro Generador de Servicios Académicos de la Facultad de Obstetricia, indica que la ex alumna en mención se encuentra APTA en condiciones para proseguir con el trámite correspondiente;

...///



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"

Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA DECANATO

.../// RESOLUCIÓN N° 296-2024-UNHEVAL/FObst-D

-2-

Que, con Resolución Consejo Universitario N° 0009-2024-UNHEVAL, de fecha 09.ENE.2024, se otorga la licencia por goce del año sabático, con goce de remuneraciones, a la Dra. María del Pilar Melgarejo Figueroa, docente asociado a dedicación exclusiva de la Escuela Profesional de Obstetricia, autorizado por la Facultad de Obstetricia, mediante la Resolución Consejo de Facultad N° 0304-2023-UNHEVAL/FObst, de fecha 24.OCT.2023, a partir del 01 de marzo de 2024 hasta el 28 de febrero de 2025, con fines de desarrollar el proyecto de investigación...;

Que, según el Reglamento del Docente Valdizano, en el CAPITULO II: De las licencias, indica en su Artículo 67°: "Se entiende por licencia a la autorización escrita para no asistir al centro de trabajo uno o más días, la Licencia se concede a solicitud de parte y está condicionada a la conformidad institucional...";

Que, en el Reglamento de Grados y títulos modificado de la UNHEVAL, en el TITULO VII: PROCEDIMIENTO DE LA SUSTENTACIÓN Y OBSTENCIÓN DEL GRADO Y TÍTULO; en el Capítulo VI DE LA SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TESIS, TESIS PROYECTUAL APLICADA A PROYECTOS ARQUITECTÓNICOS, ARTÍCULO CIENTÍFICO, TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL O TRABAJO ACADÉMICO EN ACTO PÚBLICO PRESENCIAL; indica los siguientes: Artículo 75° "El decano emitirá la resolución fijando el lugar, fecha y hora para la sustentación del Trabajo de Investigación, Tesis,..."; en el Artículo 77° señala: "Para el caso del Trabajo de Investigación, Tesis, Artículo Científico, Tesis Proyectual Aplicada a Proyectos Arquitectónicos o Trabajo Académico, es obligatoria la participación del Asesor de Tesis, con derecho a voz; el (los) sustentante(s) deberá(n) exponer oralmente el contenido del trabajo de investigación o tesis y absolver las preguntas que les formulen los miembros del Jurado...";

Que en el Decreto Legislativo N° 1272, Decreto Legislativo que modifica la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y deroga la Ley N° 29060, Ley del Silencio Administrativo, en cuyo Artículo IV. Principios de procedimiento administrativo, indica en el numeral 1.1. "Principio de legalidad. - Las autoridades administrativas deben actuar con respeto a la Constitución, la ley y al derecho, dentro de las facultades que le estén atribuidas y de acuerdo con los fines para los que les fueron conferidas"; 1.5. "Principio de imparcialidad.-Las autoridades administrativas actúan sin ninguna clase de discriminación entre los administrados, otorgándoles tratamiento y tutela igualitarios frente al procedimiento, resolviendo conforme al ordenamiento jurídico y con atención al interés general." y "1.9. Principio de celeridad. - Quienes participan en el procedimiento deben ajustar su actuación de tal modo que se dote al trámite de la máxima dinámica posible...";

Que, en el Reglamento General de Grados y Títulos modificado en la SEGUNDA Disposición final, señala: "Los aspectos no previstos en el presente Reglamento serán resueltos por el decano de la Facultad en el marco de sus atribuciones señaladas en el presente Reglamento, en el Estatuto de la UNHEVAL, en la Ley Universitaria 30220 y otros dispositivos. ...";

Que la Decana, analizado los actuados, y en merito a los documentos, da procedente la Solicitud S/N°, de fecha 02.MAY.2024, presentada por la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GÓMEZ, declarando expedito a la ex alumna mencionada, habilitar a la Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA, como jurado principal en la terna de Jurado de Tesis, reestructurar el Jurado de Tesis, fijar fecha, hora y lugar para la sustentación de Tesis y comunicar a los miembros del Jurado de Tesis y Asesora; y,

Estando a las atribuciones conferida a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

...///



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD



**FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO**

.../// RESOLUCIÓN N° 296-2024-UNHEVAL/FObst-D

-3-

SE RESUELVE:

- 1° **DECLARAR** expedito a la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, para la sustentación de la Tesis; por lo expuesto en los considerandos precedentes.
- 2° **HABILITAR** a la Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA, como jurado principal en la terna de Jurado de Tesis, titulado: “TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO - AYACUCHO – 2021”, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, en reemplazo de la Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA; por lo expuesto en los considerandos precedentes.
- 3° **REESTRUCTURAR** el Jurado de Tesis, titulado: “TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO - AYACUCHO – 2021”, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ; por lo expuesto en los considerandos precedentes, debiendo quedar de la siguiente manera:

Presidente	:	Dr. Victor QUISPE SULCA
Secretaria	:	Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUÁREZ
Vocal	:	Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA
Accesitaria	:	Mg. Ana María SOTO RUEDA
- 4° **FIJAR** fecha, hora, lugar para la sustentación de Tesis, titulado: “**TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO - AYACUCHO – 2021**”, de la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, **Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ**, siendo:

DÍA	:	Miércoles, 15 de mayo del 2024
HORA	:	18:00 horas.
LUGAR	:	Facultad de Obstetricia
LINK	:	https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=m3d3b420bdf977324337c870da2a8e799
- 5° **COMUNICAR** a los miembros del Jurado de Tesis reestructurado con el 3° numeral de la parte resolutive de la presente Resolución y Asesora de Tesis Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO.
- 6° **DISPONER** que los miembros del Jurado de Tesis deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.


 UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
 DECANA

DISTRIBUCIÓN:

CGSA., UIFObst, Jurados, Asesora, Interesada, Archivo.

ANEXO 10: NOTA BIOGRÁFICA

Tania Elizabeth Yupanqui Gómez, nacida el 21 de noviembre de 1984 en el distrito de Ayacucho de la provincia de Huamanga del departamento de Ayacucho. Inició su educación primaria en la escuela primaria mixta “Señor de los Milagros” y continuó sus estudios secundarios en la I.E. “Nuestra Señora De Las Mercedes”.

Prosiguiendo con su formación, ingreso a la facultada de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, donde obtuvo el título de obstetra.

Posteriormente, amplió sus conocimientos concluyendo sus estudios de la Segunda Especialidad en “Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia” en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Actualmente labora en el área de Monitoreo Fetal del Hospital de Apoyo Cangallo, de la provincia de Cangallo, departamento de Ayacucho. Su trayectoria académica y profesional es de 14 años laborando en el primer nivel y así también en el segundo nivel lo cual refleja no solo su crecimiento personal, sino también su compromiso con las mujeres gestantes que acuden por su atención.

ANEXO 11: ACTA DE SUSTENTACIÓN


UNHEVAL
 UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN

RECTORADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA

A través de la Plataforma del Cisco Webex con el link: <https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=m3d3b420bdf977324337c870da2a8e799>, de la Facultad de Obstetricia de la UNHEVAL, siendo las 18:00 horas del día Miércoles 15 de mayo del 2024, nos reunimos, los miembros integrantes del Jurado Evaluador:

Dr. Victor QUISPE SULCA	PRESIDENTE
Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUÁREZ	SECRETARIA
Mg. Rosario del Pilar DE LA MATA HUAPAYA	VOCAL

Acreditados mediante Resolución N° 296-2024-UNHEVAL/FObst-D, de fecha 08 de mayo del 2024, de Tesis titulada "TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO - AYACUCHO – 2021", presentada por la titulando Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ, con el asesoramiento de la docente Mg. Yola ESPINOZA DE SANTIAGO, se procedió a dar inicio el acto de sustentación para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia.

Concluido el acto de sustentación, cada miembro del Jurado Evaluador procedió a la evaluación de la titulando, teniendo presente los siguientes criterios:

1. Presentación
2. Exposición y dominio del tema
3. Absolución de preguntas

Nombre y Apellido de la Titulando	Jurado Evaluador			Promedio Final
	Presidente	Secretaria	Vocal	
Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ	17	17	17	17

Obteniendo en consecuencia la titulando Tania Elizabeth YUPANQUI GOMEZ la nota Discreto (17), equivalente a Muy Bueno, por lo que se declara APROBADO

Calificación que se realiza de acuerdo con el Art. 78° del Reglamento General de Grados y Títulos Modificado de la UNHEVAL.

Se da por finalizado el presente acto, siendo las 19:30m horas del día miércoles 15 de mayo del 2024, firmando en señal de conformidad.

 PRESIDENTE
 DNI N° 22962246

 SECRETARIA
 DNI N° 6927959

 VOCAL
 DNI N° 22474880

Leyenda:
 19 a 20: Excelente
 17 a 18: Muy Bueno
 14 a 16: Bueno
 0 a 13: Desaprobado

ANEXO 12: CONSTANCIA DE SIMILITUD

*"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA
Dirección de la Unidad de Investigación

CONSTANCIA DE SIMILITUD N° 011-2024-SOFTWARE ANTIPLAGIO**TURNITIN-DUI-FObst-UNHEVAL**

La Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, emite la presente CONSTANCIA DE SIMILITUD, aplicando el Software TURNITIN, la cual reporta un 18% de similitud, correspondiente a la interesada: YUPANQUI GOMEZ, TANIA ELIZABETH, de la Tesis: TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO - AYACUCHO - 2021. Considerado como asesora la Mg. ESPINOZA DE SANTIAGO, Yola.

DECLARANDO APTO

Se expide la presente, para los trámites pertinentes

Pillco Marca, 15 de Marzo del 2024


 UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Dr. Victor Quispe Sulca
 DIRECTOR

NOMBRE DEL TRABAJO

**TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES
A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN
DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO -
A**

AUTOR

YUPANQUI GOMEZ TANIA ELIZABETH

RECUENTO DE PALABRAS

17185 Words

RECUENTO DE CARACTERES

92377 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

82 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

480.3KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 15, 2024 9:11 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 15, 2024 9:12 AM GMT-5

● **18% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)
- Material citado


 UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 UNIDAD DE INVESTIGACION

Dr. Victor Quispe Sulca
 DIRECTOR

● **18% de similitud general**

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.unsch.edu.pe Internet	6%
2	repositorio.unheval.edu.pe Internet	2%
3	scielo.br Internet	1%
4	repositorio.udh.edu.pe Internet	<1%
5	ojs.revistamaternofetal.com Internet	<1%
6	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	<1%
7	1library.co Internet	<1%
8	docplayer.es Internet	<1%

Reporte de similitud

9	repositorio.usmp.edu.pe Internet	<1%
10	repositorio.upch.edu.pe Internet	<1%
11	Universidad Cesar Vallejo on 2018-07-03 Submitted works	<1%
12	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2023-05-23 Submitted works	<1%
13	Universidad de San Martín de Porres on 2023-06-24 Submitted works	<1%
14	repositorio.unapiquitos.edu.pe Internet	<1%
15	Universidad Católica de Santa María on 2019-06-24 Submitted works	<1%
16	Universidad Andina del Cusco on 2023-11-07 Submitted works	<1%
17	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2021-08-09 Submitted works	<1%
18	repositorio.unsm.edu.pe Internet	<1%
19	unjbg on 2023-11-08 Submitted works	<1%
20	guiainfantil.com Internet	<1%

Reporte de similitud

21	core.ac.uk Internet	<1%
22	repositorio.unfv.edu.pe Internet	<1%
23	virtual.urbe.edu Internet	<1%
24	repositorio.unc.edu.pe Internet	<1%
25	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2021-06-01 Submitted works	<1%
26	dspace.unitru.edu.pe Internet	<1%
27	repositorio.uigv.edu.pe Internet	<1%
28	repositorio.upao.edu.pe Internet	<1%
29	Universidad Católica de Santa María on 2019-12-23 Submitted works	<1%
30	Universidad Católica San Antonio de Murcia on 2024-02-29 Submitted works	<1%
31	dspace.ucuenca.edu.ec Internet	<1%
32	uncedu on 2023-11-08 Submitted works	<1%

Reporte de similitud

33	coursehero.com Internet	<1%
34	researchgate.net Internet	<1%
35	Submitted on 1691608215210 Submitted works	<1%
36	Universidad Cesar Vallejo on 2018-02-08 Submitted works	<1%
37	Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo on 2020-03-05 Submitted works	<1%
38	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2023-05-31 Submitted works	<1%
39	Universidad de San Martín de Porres on 2021-07-20 Submitted works	<1%
40	es.scribd.com Internet	<1%
41	repositorio.upla.edu.pe Internet	<1%

ANEXO 13: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TESIS, TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL O TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR UN GRADO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X" según corresponda)

Bachiller		Título Profesional		Segunda Especialidad	X	Maestro		Doctor	
-----------	--	--------------------	--	----------------------	---	---------	--	--------	--

Ingrese los datos según corresponda.

Facultad/Escuela	OBSTETRICIA
Escuela/Carrera Profesional	
Programa	MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA
Grado que otorga	
Título que otorga	SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA

2. Datos del (los) Autor(es): (Ingrese los datos según corresponda)

Apellidos y Nombres:	YUPANQUI GOMEZ TANIA ELIZABETH				
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte	C.E.	N° de Documento: 42812259
Correo Electrónico:	taniayugo@hotmail.com				
Apellidos y Nombres:					
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte	C.E.	N° de documento:
Correo Electrónico:					
Apellidos y Nombres:					
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte	C.E.	N° de Documento:
Correo Electrónico:					

3. Datos del Asesor: (Ingrese los datos según corresponda)

Apellidos y Nombres:	ESPINOZA DE SANTIAGO YOLA				
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte	C.E.	N° de Documento: 22468386
ORCID ID:	https://orcid.org/0000-0002-5970-5406				

4. Datos de los Jurados: (Ingrese los datos según corresponda, primero apellidos luego nombres)

Presidente	QUISPE SULCA VICTOR
Secretario	MANRIQUE DE LARA SUAREZ DIGNA AMABILIA
Vocal	DE LA MATA HUAPAYA ROSARIO DEL PILAR
Vocal	
Vocal	
Accesitario	

5. Datos del Documento Digital a Publicar: (Ingrese los datos y marque con una "X" según corresponda)

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: (Verifique la Información en el Acta de Sustentación)	2024				
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: (Marque con X según corresponda)	Trabajo de Investigación	Tesis	X	Trabajo Académico	Trabajo de Suficiencia Profesional
Palabras claves	GESTANTE		TEST NO ESTRESANTE		PARTO
Tipo de acceso: (Marque con X según corresponda)	Abierto	X	Cerrado*	Restringido*	Periodo de Embargo
(*) Sustentar razón:					



6. Declaración Jurada: (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: <i>(ingrese el título tal y como está registrada en el Acta de Sustentación)</i>
TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES A TÉRMINO Y LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO. HOSPITAL DE CANGALLO - AYACUCHO – 2021
Mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pueda derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del trabajo de investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en los trabajos de investigación presentado, asumiendo toda la carga pecuniaria que pudiera derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudiera derivar para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivos de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del Trabajo de Investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mis acciones se deriven, sometiéndome a las acciones legales y administrativas vigentes.

7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión digital de este trabajo de investigación en su biblioteca virtual, repositorio institucional y base de datos, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

Apellidos y Nombres	YUPANQUI GOMEZ TANIA ELIZABETH	Firma	
Apellidos y Nombres		Firma	
Apellidos y Nombres		Firma	

FECHA: Huánuco, 03 de Julio de 2024

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra calibre, tamaño de fuente 09, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF), Constancia de Similitud, Reporte de Similitud.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.
- ✓ Se debe de imprimir, firmar y luego escanear el documento (legible).