

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE HUÀNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO
ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRION DEL CALLAO. ENERO - JUNIO 2015**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

TESISTA:

MANTILLA ESTELA ANTHONY KENYI

ASESORA:

MG. ESPINOZA TARAZONA YOLA

HUÀNUCO – PERÙ

2016

DEDICATORIA

A mi madre y a mi familia que no dudaron y creyeron en mí, y ayudaron a culminar mi profesión.

ANTHONY

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a Dios por haberme dado la dicha de estar aquí hoy en día.

A mi alma mater la Universidad Nacional Hermilio Valdizan, por formarme como un buen profesional.

A mi asesora la Mg. Yola Espinoza Tarazona por su dedicación para ayudarme a la realización de mi tesis; a la Mg. Digna Manrique De Lara Suarez, por su apoyo incondicional en mi vida académica en los años de formación; al Decano Regional, Obst. Cesar López Godoy, por el aporte de sus conocimientos y su dedicación que permitió terminar mi proyecto con éxito.

Además, quiero agradecer a los profesionales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión: Dr. Lauro Tapia Silva, Obst. Maria Luisa Arias Flores, Obst. Doris Angulo Abanto, Obst. Rosa Carrillo De Niño Guzmán, quienes con su experiencia y dedicación formaron una parte fundamental en la realización de este proyecto.

RESUMEN**RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA
EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO - JUNIO 2015**

La investigación tuvo el objetivo de determinar la relación que existe entre el oligohidramnios y el Test No Estresante en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Enero a Junio del 2015, la investigación fue descriptiva-correlacional, la muestra estuvo constituida por 56 gestantes que cumplían con los criterios de inclusión, teniendo como algunos resultados: la edad promedio fue de 26,45 años; el tipo de Oligohidramnios que se presentó con mas frecuencia fue el severo (66.1%); el RPM fue la patología con más frecuencia (8.92%) en los casos; del total de casos el 89.3% presento un test no estresante reactivo en el estudio; la tasa de cesárea fue del 50% para el estudio, y del total de cesáreas el 78.57% correspondió al Oligohidramnios severo; el método más usado para el diagnóstico fue la técnica del pozo mayor con un 57.14% de frecuencia. Al hacer el análisis, en cuanto a las características del test no estresante, la variabilidad fue el parámetro que tuvo una relación significativa con el Oligohidramnios (**p = 0.035**) aunque tuvo un riesgo relativo negativo para el estudio. La línea de base estuvo dentro de los límites normales en un 94.6%, los movimientos fetales estuvieron dentro de los límites normales en un 87.5%.

Palabras clave: Oligohidramnios, test no estresante.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN OLIGOHYDRAMNIOS AND RESULTS OF ASSESSMENT TEST NONSTRENUOUS. HOSPITAL NACIONAL DEL CALLAO DANIEL ALCIDES CARRIÓN. JANUARY JUNE. 2015

The research aimed to determine the relationship between oligohydramnios and Test No Stressful in pregnant women at the service unit pathological pregnancy of Daniel Alcides Carrión National Hospital in the period from January to June 2015, the research was correlational the sample consisted of 56 pregnant women who met inclusion criteria, taking as some results: the average age was 26.45 years; Oligohydramnios type that appeared most often was severe (66.1%); RPM pathology was more often (8.92%) where; of all cases 89.3% showed a non-stressful test reagent in the study; the caesarean section rate was 50% for the study, and the total Caesarean Oligohydramnios 78.57% were severe; the most widely used method for diagnosis was the technique most well with a 57.14% frequency. Upon analysis, as to the characteristics of non-stressful test variability was the parameter that had a significant relationship with Oligohydramnios ($p = 0.035$) but had a negative relative risk for the study. The baseline was within normal limits in 94.6%, fetal movements were within normal limits in 87.5%.

Keywords: Oligohydramnios, not stressful test.

INTRODUCCION

Con los avances que ha alcanzado la medicina fetal y perinatal en la prevención y diagnóstico precoz de patologías que afectan el binomio madre-hijo, se ha logrado transmitir una mayor tranquilidad a los progenitores de la indemnidad fetal a medida que evoluciona el embarazo. Entre ellos la cardiotocografía cumple un rol preventivo y terapéutico por ser un método de diagnóstico de sufrimiento fetal si su evaluación es oportuna, y esto se ve bien aplicado en muchos nosocomios cuyo resultado es la disminución de la morbimortalidad perinatal.

La vigilancia epidemiológica perinatal neonatal muestra que el 85 % de las muertes fetales son prenatales (ocurren antes del parto). La muerte durante el trabajo de parto es poco común, por lo que las afecciones maternas como hipertensión, sobrepeso, tabaquismo y diabetes son importantes factores de riesgo. Por lo que es fundamental brindar a las futuras madres mayor asesoramiento y respaldo. La muerte fetal intrauterina es un problema de salud pública mundial, su inclusión en el diseño de los programas integrados de salud familiar y la elaboración de estadísticas a través de sistemas de registro son pasos importantes hacia el tratamiento de este problema.¹

La investigación consta de 9 capítulos, donde el capítulo I corresponde al planteamiento del problema, que incluye descripción del problema, formulación del problema, formulación de objetivos, justificación de la investigación; el capítulo II al marco teórico, que incluye los antecedentes, las bases teóricas y la definición de términos; el capítulo III, a la hipótesis, sistema de variables y operacionalización de variables; el capítulo IV al marco metodológico, que tiene el ámbito espacial y temporal, tipo de investigación, diseño de estudio, población y muestra, criterios de selección, técnicas e instrumento de

recolección de datos, procesamiento de datos y el aspecto ético; el capítulo V de los resultados; el capítulo VI la discusión de resultados; el capítulo VII contiene las conclusiones; el capítulo VIII contiene las recomendaciones; el capítulo IX las referencias bibliográficas y por último los anexos

ÍNDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	III
SUMARY	IV
INTRODUCCION	V
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Formulación de problema.....	3
1.2.1. Problema General.....	3
1.2.2. Problemas Específicos.....	3
1.3. Formulación de Objetivos.....	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4. Justificación.....	5
1.5. Limitaciones.....	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	10
2.1.3. Antecedentes Locales.....	12
2.2. Bases Teóricas.....	12
2.3. Definición de Términos Básicos.....	34
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	36
3.1. Hipótesis: General y Específicas.....	36
3.2. Sistema de Variables.....	36
3.3. Operacionalización de variables.....	37
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO	39
4.1. Ámbito Espacial y Temporal.....	39
4.1.1. Ámbito Espacial.....	39
4.1.2. Ámbito Temporal.....	39
4.2. Tipo de investigación.....	39

4.3	Diseño y Esquema de Investigación.....	39
4.4	Población y Muestra.....	41
4.4.1	Población.....	41
4.4.2	Muestra.....	41
4.4.3	Unidad de Análisis.....	41
4.4.4	Tipo de Muestreo.....	41
4.5	Criterios de Selección.....	41
4.5.1	Criterios de Inclusión.....	41
4.5.2	Criterios de Exclusión.....	42
4.6	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	42
4.6.1	Técnicas.....	42
4.6.2	Instrumentos.....	42
4.7	Validez.....	43
4.8	Procesamientos de Recolección de Datos.....	43
4.9	Aspecto Ético.....	44
CAPITULO V: RESULTADOS.....		45
5.1	Resultados de Análisis Estadísticos.....	45
CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....		68
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....		71
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES.....		72
CAPITULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		73
ANEXOS.....		76
ANEXO 01 (MATRIZ DE CONSISTENCIA).....		77
ANEXO 02 (INSTRUMENTO).....		79
ANEXO 03 (RES. EXCLUSIVIDAD DE TEMA).....		81
ANEXO 04 (RES. APROBACIÓN DE PROYECTO).....		82
ANEXO 05 (JUICIO DE EXPERTO 1).....		83
ANEXO 06 (JUICIO DE EXPERTO 2).....		84
ANEXO 07 (AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL).....		85
ANEXO 08 (RES. DICTAMINADORES).....		86
ANEXO 09 (RES. FECHA Y HORA DE SUST.).....		87

ANEXO 10 (ACTA DE SUST.).....88

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº 01 (CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS).....	45
TABLA Nº 02 (CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS).....	46
TABLA Nº 03 (TEST NO ESTRESANTE).....	49
TABLA Nº 04 (TEST DE FISHER).....	50
TABLA Nº 05 (LÍNEA DE BASE).....	51
TABLA Nº 06 (VARIABILIDAD).....	52
TABLA Nº 07 (MOVIMIENTOS FETALES).....	53
TABLA Nº 08 (ACELERACIONES).....	54
TABLA Nº 09 (DESACELERACIONES).....	55
TABLA Nº 10 (TIPO DE PARTO).....	56
TABLA Nº 11 (TIPO DE PARTO SEGÚN OLIGOHIDRAMNIOS).....	57
TABLA Nº 12 (ESTÍMULOS).....	58
TABLA Nº 13 (MÉTODO DIAGNÓSTICO).....	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº 01 (GRADO DE INSTRUCCIÓN).....	46
GRÁFICO Nº 02 (PARIDAD).....	47
GRÁFICO Nº 03 (TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS).....	48
GRÁFICO Nº 04 (PATOLOGÍAS ASOCIADAS).....	48
GRÁFICO Nº 05 (TEST NO ESTRESANTE).....	49
GRÁFICO Nº 06 (TEST DE FISHER).....	50
GRÁFICO Nº 07 (LINEA DE BASE).....	51
GRÁFICO Nº 08 (VARIABILIDAD).....	52
GRÁFICO Nº 09 (MOVIMIENTOS FETALES).....	53
GRÁFICO Nº 10 (ACELERACIONES).....	54
GRÁFICO Nº 11 (DESACELERACIONES).....	55
GRÁFICO Nº 12 (TIPO DE PARTO).....	56
GRÁFICO Nº 13 (TIPO DE PARTO SEGÚN OLIGOHIDRAMNIOS).....	57
GRÁFICO Nº 14 (MÉTODO DIAGNÓSTICO).....	59

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los embarazos en los que nace un bebé muerto o mortinato, son definidos como muerte fetal intrauterina. Una serie de artículos publicados por The Lancet sobre mortalidad fetal afirma que la muerte fetal intrauterina es una de las áreas más vergonzosamente ignoradas en la salud pública. Si bien la muerte fetal intrauterina es un problema universal y existe junto con un espectro de casos de muerte fetal intrauterina intraparto y muertes neonatales durante el trabajo de parto (por ejemplo, la asfixia en el nacimiento), la carga es tristemente injusta. Según Janet Scott y colaboradores, en todo el mundo, alrededor de 3 millones de bebés fallecen por muerte fetal intrauterina cada año (más de 8200 bebés al día). Estas estadísticas son impactantes, pero también es impactante la falta de conocimiento sobre estos eventos. Se producen dos veces más casos de muerte fetal intrauterina que muertes causadas por el VIH/SIDA, que han recibido justamente mucha atención y actividades a nivel mundial.¹

Por el contrario, la muerte fetal intrauterina es prácticamente invisible y no se la reconoce como un problema de salud pública a nivel mundial.

Actualmente la Dirección General de Epidemiología publica en su Boletín Epidemiológico muestran que por año ocurren como mínimo 2,6 millones de casos de muerte fetal intrauterina durante el tercer trimestre del embarazo, de los cuales el 98 % de los casos ocurren en países de bajo o mediano nivel socio-económico; además los casos de muerte fetal antes del trabajo de parto (preparto) representan más de la mitad (1,4 millones) de los casos de muerte fetal intrauterina¹.

La vigilancia epidemiológica perinatal neonatal muestra que el 85 % de las muertes fetales son prenatales (ocurren antes del parto). La muerte durante el trabajo de parto es poco común, por lo que las afecciones maternas como hipertensión, sobrepeso, tabaquismo y diabetes son importantes factores de riesgo. Por lo que es fundamental brindar a las futuras madres mayor asesoramiento y respaldo. La muerte fetal intrauterina es un problema de salud pública mundial, su inclusión en el diseño de los programas integrados de salud familiar y la elaboración de estadísticas a través de sistemas de registro son pasos importantes hacia el tratamiento de este problema.¹

En estudios clásicos relacionaron la cantidad de líquido amniótico (sobre todo el oligohidramnios) con un incremento del riesgo de morbilidad fetal en gestaciones más allá del término, incluso después de un registro cardiotocográfico normal.²

Entonces de esta manera la cardiotocografía nos apoya en el diagnóstico de los Oligohidramnios de acuerdo a su clasificación que probablemente pueden complicar el parto y al recién nacido y de la madre acrecentándose así el problema social que ello representa y el gasto que significa para la familia, el estado y la sociedad si no se detecta a tiempo.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es la relación entre el oligohidramnios y el Test No Estresante en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuál es la relación entre el oligohidramnios y la línea de base en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015?
- ¿Cuál es la relación entre el oligohidramnios y la variabilidad en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015?
- ¿Cuál es la relación entre el oligohidramnios y los movimientos fetales en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015?
- ¿Cuál es la relación entre el oligohidramnios y las aceleraciones en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015?
- ¿Cuál es la relación entre el oligohidramnios y las desaceleraciones en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015?

1.3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el oligohidramnios y el Test no Estresante en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y la línea de base en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.
- Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y la variabilidad en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.
- Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y los movimientos fetales en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.
- Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y las aceleraciones en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.
- Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y las desaceleraciones en gestantes atendidas en el servicio de unidad de embarazo patológico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Se realizó la siguiente investigación con la finalidad de detectar esta alteración del líquido amniótico y poder evaluar el bienestar fetal mediante la cardiotocografía frente a esta patología y prevenir sufrimiento fetal, recién nacidos con puntaje de Apgar bajo, asfixia fetal, hipoxia y muerte perinatal

- a) **CONVENIENCIA:** La cardiotocografía sirve para evaluar el bienestar fetal frente a alteraciones que se puede producir en algunos embarazos como Oligoamnios, Hipertensión Inducida en el embarazo, diabetes ,etc.; evaluar la reactividad fetal y poder prevenir complicaciones en el recién nacido.
- b) **RELEVANCIA SOCIAL:** Se beneficiaran pacientes gestantes ya que permitirá reducir la morbilidad y muerte perinatal, disminuyendo la inversión que significa para el estado tratar a un neonato deprimido y el problema que ocasiona para la familia el seguimiento necesario.
- c) **IMPLICANCIAS PRACTICAS;** se podrá prevenir morbilidades y muertes perinatales porque se detectara a tiempo alteraciones en los elementos que evalúa el test no estresante.
- d) **VALOR TEÒRICO:** Fortalecerá los conocimientos acerca de este tema en el personal que labora con las pacientes gestantes que tengan el diagnóstico de Oligoamnios y tener en cuenta la importancia de un diagnóstico temprano.
- e) **UTILIDAD METODOLOGICA:** Se tendrá como antecedente esta investigación para que más adelante puedan hacer otras investigaciones, permitirá tener a la institución una estadística en este rubro para el servicio de obstetricia.

1.5. LIMITACIONES

Las limitaciones que pudieron encontrarse fueron:

- El poco acceso a las Historias Clínicas.
- La recopilación de datos de las Historias Clínicas ya que algunas no cuentan con los datos completos.
- No existe fuente de datos en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao a partir de esta investigación se creó para facilitar futuras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **Puertas, López-Moreno, Pérez-Herrezuelo, Manzanares, Montoya, Miranda** (ESPAÑA 2005): “Alteraciones del trazado de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto en gestantes con Oligoamnios causado por rotura prematura de membranas”. Donde el objetivo del estudio fue poner de manifiesto cuáles son las alteraciones del registro cardiotocográfico intraparto más características y frecuentes, así como los resultados neonatales, en una población seleccionada por el hecho de presentar Oligohidramnios debido a rotura prematura de membranas.

El estudio llevado a cabo por el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada incluye casos consecutivos de gestantes que ingresaron con el diagnóstico de RPM en las 24 h previas para inducción del parto en el área de dilatación. La población elegida estaba formada por gestantes con ILA normal en la semana previa a la rotura de las membranas ovulares. En total fueron incluidas 130 gestantes que se asignaron en función del ILA inicial a 2 grupos, siendo el grupo 2 considerado el control con respecto a los casos de oligohidramnios. El grupo 1 estaba formado por gestantes con ILA inicial ≤ 5 ($n = 48$) y el grupo 2 por gestantes con ILA inicial > 5 ($n = 82$). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal intraparto. Como conclusión, se puede afirmar que, basándonos en estos resultados, no se puede sustentar la hipótesis de que el oligohidramnios al inicio del parto causado por RPM aumenta la

frecuencia de desaceleraciones variables cuando se compara con gestantes que inician el parto con bolsa rota e ILA > 5. Posiblemente, la justificación se encuentre en el hecho de la pérdida progresiva de LA a lo largo del parto que tiende a igualar el ILA en ambos grupos³.

- **Balestena Sánchez, Almeida García y. Balestena Sánchez**, (Cuba 2005). "Resultados del oligohidramnios en el parto y el recién nacido. Análisis caso-control." Quienes efectuaron un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico de corte caso - control en el hospital universitario "Abel Santamaría" entre el 1ro. de mayo de 2001 y el 31 de diciembre de 2002, con el objetivo de identificar la repercusión que tiene el oligohidramnios sobre el parto y el recién nacido. Se formaron 2 grupos, el de estudio quedó conformado por las pacientes con diagnóstico de oligohidramnios (ultrasonográficamente) y con más de 27 semanas y el grupo de control se conformó formado aleatoriamente con gestantes que tenían líquido amniótico normal. Se evaluaron variables del parto y el recién nacido, para el análisis estadístico se utilizó la media, la derivación estándar y el Chi cuadrado con diferentes niveles de significación. Se obtuvo asociación entre el oligohidramnios y la gestación pos término, la inducción del parto, la cesárea, el bajo peso al nacer, el sexo masculino del neonato, el Apgar bajo a los 5 minutos y la morbilidad del recién nacido. La tasa de mortalidad perinatal fue de 0.92 x 1000 NV. Se concluye que el oligohidramnios es un evento que se presenta negativamente en el parto y el recién nacido.⁴

- **Valdés R. Enrique (Chile 2003):** “Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo.” El objetivo de esta investigación fue identificar precozmente a los fetos expuestos a la injuria hipóxica, a través de una adecuada interpretación del monitoreo fetal electrónico intraparto, con el fin de tomar medidas terapéuticas tempranas que prevengan complicaciones perinatales irreversibles. Discusión: A pesar de que varios estudios prospectivos no han comprobado mejores resultados perinatales cuando la monitorización de los latidos cardíacos fetales fue hecho a través de la auscultación directa en forma intermitente y la realizada mediante la monitorización electrónica continua, recientes metaanálisis de trabajos también prospectivos han demostrado una menor mortalidad debido a hipoxia cuando la MEFCF fue utilizada. Se recomienda emplear MEFCF durante el parto cuando el embarazo es de alto riesgo, siendo las principales indicaciones: a) RCIU, b) parto pretérmino, c) embarazo post término, d) complicaciones médicas del embarazo (SHE, diabetes), e) oligoamnios, f) signos de corioamnionitis o infección fetal, g) fiebre materna, h) líquido amniótico meconial, i) complicaciones obstétricas intraparto (metrorragia), j) inducciones y/o conducciones, k) antecedentes de FMIU, l) patología fetal, m) hallazgos auscultatorios anormales en la FCF.⁵

- **Bianco-Abreu, Reyna Villasmil, Guerra Velásquez, Torres Cepeda, Mejía Montilla, Aragón Charry y Santos Bolívar, (Venezuela 2012):** “Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales.” Cuyo objetivo fue determinar el valor predictivo del índice de líquido amniótico en

las complicaciones neonatales. Métodos: Se seleccionaron 120 embarazadas en las que se evaluó el valor del índice de líquido amniótico, complicaciones neonatales y eficacia diagnóstica. Las pacientes fueron divididas según el punto de corte del índice de líquido amniótico (grupo A: índice de líquido amniótico menor de 60 mm y grupo B índice de líquido amniótico igual o mayor a 60 mm). Ambiente: Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central, Dr. Urquinaona, Maracaibo. Estado Zulia. Resultados: Las pacientes del grupo A presentaron una duración mayor del trabajo de parto y recién nacidos con menos peso al nacer que las pacientes del grupo B ($P < 0,05$). Con respecto a las complicaciones perinatales, la frecuencia de recién nacidos con sufrimiento fetal y con puntuación de Apgar menor o igual de 6 puntos al minuto fue estadísticamente superior en las pacientes del grupo A comparado con aquellas del grupo B ($P < 0,05$). El valor de corte de 60 mm en la predicción de sufrimiento fetal tiene una sensibilidad del 22,2 %, especificidad del 96,4 %, valor predictivo positivo del 72,3 % y valor predictivo negativo del 74,3 %; en la predicción de puntuación de Apgar menor o igual de 6 puntos al minuto tiene una sensibilidad del 25,0 %, especificidad del 96,4 %, valor predictivo positivo del 69,2 % y valor predictivo negativo del 74,7 %.⁶

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- **Elizabeth Mirsa Ana Cuenca Cuenca (Lima – Perú 2015):** “Relación entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Lima - 2014.”

RESULTADOS: El 83.3% de las gestantes tuvieron entre 20 a 34 años y 60% fueron primigestas. En cuanto a los hallazgos cardiotocográficos fueron: el 98.9% del total de la línea de base de la FCF fue normal. El 85.6% tuvo variabilidad moderada, en el 11.1% de los trazados se evidenció desaceleraciones variables y el 35.6% de trazados tuvo patrón normal. Entre los resultados perinatales encontramos que: el 75.6% tuvo un volumen del líquido amniótico normal. El 52.2% de los recién nacidos fueron de sexo femenino, el 84.4% tuvo un peso adecuado para la EG; el 95.6% tuvo un Apgar al minuto =7 puntos y según Capurro solo el 20% tuvo una edad gestacional = 41semanas. El 57.7% de los embarazos culminaron en cesárea. Entre los hallazgos placentarios se observaron calcificaciones en el 11.1%. Se observó relación entre los resultados de patrón normal y los hallazgos no patológicos en la placenta ($p=0.02$, $OR= 0.101$), asimismo se observa relación entre los resultados del test estresante con patrón de estrés fetal y el puntaje apgar de 4-6 minutos ($p=0.041$, $OR=9.222$).⁷

- **Teresa De Jesús Córdova Vicerrel (Lima – Peru 2014):** “Factores perinatales asociados a Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño - San Bartolomé en el periodo Junio 2010- Mayo 2011”. Conclusión: Los Factores perinatales más frecuentes asociados a Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital son Ruptura prematura de Membranas (RPM) seguidas de Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU) y Preeclampsia y uno de los resultados perinatales más frecuentes en los recién nacidos fue de Asfixia.⁸

- **Huamán Elera, José (Perú 2010):** “Monitoreo Electrónico Fetal CTG”. Indica que el sufrimiento fetal, tal como ahora se lo sigue llamando, es un grave problema que se puede presentar en alrededor del 15% de gestantes en trabajo de parto, produciendo mortalidad perinatal elevada o lesiones neurológicas irreversibles si no se actúa a tiempo. En el Instituto Materno Perinatal (IMPN), hubo una tasa de mortalidad perinatal de 34,1 por mil nacidos vivos en el año 1991, de las cuales, el 46,66% se debieron a problemas de hipoxia intrauterina en productos con peso al nacer mayor de 2,500gr.⁹

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

- **Judith, Díaz Cabello (Huánuco 2002):** “Resultados Perinatales con Relación a la Prueba no Estresante con Estimulación vibroacústica en Gestantes del Hospital Hipólito Unanue Lima en el Periodo de Enero a Diciembre 2001-2002”. Conclusión: La prueba no estresante con estímulo vibroacústico permite predecir los resultados perinatales adversos, de acuerdo al tipo de respuesta obtenido en el trazado, por lo que se recomienda su uso permanente, y su consideración en las tablas de valoración por puntajes.¹⁰

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. CARDIOTOCOGRAFIA

Concepto: Es un método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas.¹¹

El registro permite al obstetra o matrona valorar el latido cardíaco fetal durante la última etapa de la gestación y la respuesta del bebé a las contracciones durante el trabajo de parto, y hasta el nacimiento.¹¹

a) Tipos:**Cardiotocografía Externa:**

Es un método no invasivo, que consiste en la obtención del registro a través de la piel abdominal, con un transductor de ultrasonidos que con ayuda de un gel conductor registra la frecuencia cardíaca fetal, y un transductor de presión que registra la dinámica uterina. Ambos transductores están conectados al monitor de cardiotocografía, que imprime los resultados en papel.

La posición es indiferente, aunque se recomienda evitar el decúbito supino por las reacciones vasovagales derivadas de la compresión de la vena cava. En caso de que, por comodidad de la gestante, o por indicación médica, la posición deba ser tal decúbito, se puede colocar un cojín o elevador bajo una de las caderas para lateralizar el útero e impedir tal compresión.

Los datos que se obtienen son valorados por el profesional en obstetricia, que puede tomar decisiones clínicas en función del resultado obtenido.¹²

▪ Cardiotocografía Interna

La cardiotocografía interna es un método invasivo de medición de la frecuencia cardíaca fetal o la dinámica uterina. Se utiliza cuando el registro cardiotocografía externo no es adecuado, por dudoso o disfuncional.

El registro de la frecuencia cardíaca fetal se lleva a cabo a través de un electrodo que se coloca directamente sobre el cuero cabelludo del feto a través de una exploración vaginal por el obstetra o la matrona. Posteriormente se conecta al monitor, igual que el externo.

Para el registro de la dinámica uterina, se coloca una sonda de presión en el interior del útero, que registra con exactitud las contracciones.

La cardiotocografía interna solo se utiliza para el registro intraparto.¹³

b) Usos en Obstetricia:

Durante el embarazo, valorar por un lado la presencia o ausencia de contracciones uterinas, y por otro, el grado de bienestar fetal. Durante el trabajo de parto, establecer gráficamente la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y la respuesta fetal.

c) Test no Estresante (NST) :

En esta prueba se valora la FCF en condiciones basales, y su relación con los movimientos fetales. Está indicada su realización en aquellos casos en que exista patología gestacional materna o fetos con alto riesgo de compromiso fetal intrauterino, siendo controvertida su utilidad en las gestaciones de bajo riesgo. La paciente se sitúa en posición semifowler y mediante un cardiotocógrafo de registro externo, se registra sobre papel el tono uterino detectado por un toco dinamómetro situado sobre el abdomen materno, en el fondo uterino y la frecuencia cardíaca fetal, con un transductor de ultrasonidos Doppler aplicado en la zona de abdomen materno donde se reciba mejor la señal de la misma. El aparato dispone además, de un dispositivo mediante el cual se registran los movimientos fetales que detecte. La duración de esta prueba es variable, y hasta que sea posible conseguir una correcta interpretación del estado fetal.

El examen es de utilidad desde las 32 semanas de gestación, requiere una duración mínima de 20 minutos y es calificado como normal o reactivo cuando hay 5 o más aceleraciones de 15 latidos fetales por minuto por encima de la FCF basal, durante 15 segundos cada una y en respuesta a los movimientos del propio feto. La prueba se considera no reactiva, cuando no se observan aceleraciones de la FCF en un período de más de 30 minutos de trazado de reposo o cuando no se observa aceleración alguna después de la estimulación vibro acústica.

d) Test Estresante (CST)

En esta prueba se valora la presencia de desaceleraciones de la FCF en respuesta a las contracciones uterinas, considerándose este hecho indicativo de la existencia de una disminución crónica de la reserva respiratoria placentaria. Para la realización de esta prueba se sitúa a la gestante en posición de semifowler o decúbito lateral y se le realiza un trazado basal de veinte minutos donde se observe claramente ambas partes del trazado, o sea, la FCF y la actividad uterina. Las técnicas actuales más comunes para la inducción temporal de contracciones uterinas son la estimulación del pezón y la administración endovenosa de oxitocina. Si ocurren contracciones uterinas espontáneas durante el trazado y éstas cumplen con los requerimientos de la prueba en duración y número de contracciones, no es necesario inducir las. De ser infructuosa la estimulación de contracciones con la estimulación del pezón, se procede a la inducción de contracciones uterinas con la administración progresiva de

solución de oxitocina en Cloruro de Sodio al 9 %, hasta lograr la presencia en diez minutos de tres contracciones con una duración de 40 a 60 segundos cada una. Se inicia la perfusión endovenosa a dosis de 4 gotas de oxitocina por minuto y se aumenta gradualmente cada 20 minutos hasta conseguir la dinámica uterina, de las características anteriormente mencionadas durante 30 minutos, momento en el que se da por finalizada la prueba, manteniendo el registro hasta la desaparición completa de la dinámica.

e) Elementos de la Cardiotocografía

a. Línea de base (FCF basal):

La FCF basal se define como el promedio de la FCF expresado en latidos por minuto (lpm) durante 15 minutos de trazado; excluyendo la variabilidad marcada (>25 lpm), las aceleraciones y desaceleraciones. Su rango normal, en embarazos a término, es definido entre 120 y 160 lpm. La FCF promedio se considera resultada del equilibrio entre influencias aceleradoras y desaceleradoras en células del marcapaso. El sistema simpático constituye la influencia de aceleración y el parasimpático la de desaceleración, mediada por el nervio vago. La FCF también está bajo control de quimiorreceptores arteriales, de manera que la hipoxia e hipercapnia pueden modificarla. Una hipoxia más intensa y prolongada con una cifra creciente de lactato en sangre y acidemia metabólica grave produce un decremento prolongado de la FCF por efectos directos en el miocardio.

Taquicardia: Se define como una FCF superior a 160 lpm durante más de 15 minutos,

Una serie de factores maternos pueden desarrollar taquicardia fetal, entre otros: fiebre, estados de ansiedad con liberación importante de catecolaminas y/o aumento del tono simpático, administración de ciertos medicamentos (beta miméticos y parasimpáticos), hipertiroidismo. Dentro de los factores fetales cabe mencionar las infecciones y la anemia. Una causa frecuente de confusión respecto del hallazgo de taquicardia fetal. Taquicardias con ausencia casi total de la variabilidad pueden producirse después de varias desaceleraciones variables. Para una correcta interpretación del patrón taquicárdico es imprescindible valorar la presencia o ausencia de aceleraciones, el grado de variabilidad y la frecuencia, duración y amplitud de las desaceleraciones de la FCF. La asociación de insuficiencia uteroplacentaria, acompañada de sufrimiento fetal de desarrollo gradual con la elevación de la FCF basal es un hecho bien documentado por la experiencia clínica.

Bradicardia La FCF inferior a 120 lpm durante más de 15 minutos se denomina bradicardia. Puede ser consecuencia de un reflejo baro receptor estimulado por una elevación instantánea de la presión arterial del feto (por ejemplo, compresión de la arteria umbilical) o de un reflejo quimiorreceptor por falta de oxígeno que actúe directamente sobre el músculo cardíaco.

- **Variabilidad de la FCF**

La VFCF se modifica a medida que avanza la edad gestacional y está considerada como un signo importante de integridad fetal. Como en el adulto, las contracciones del corazón fetal son originadas de un marcapaso auricular, originando una FCF bastante monótona, la cual puede levemente disminuir o aumentar por la influencia del sistema nervioso parasimpático y simpático, respectivamente. Esta VFCF, generalmente automática, es secundaria a una respuesta fetal instantánea originada por la necesidad de cambios en su gasto cardíaco. La VFCF en rangos normales indica indemnidad metabólica del sistema nervioso central. La VFCF se caracteriza por la frecuencia de las oscilaciones (superior a 2 ciclos por minuto) y por su amplitud (expresada en lpm) entre el punto más alto y más bajo en un minuto de trazado.

La variabilidad debe valorarse e interpretarse conjuntamente con la FCF basal, con la presencia o ausencia de aceleraciones y desaceleraciones, evaluándose tanto durante las desaceleraciones, como entre las mismas. Está demostrado que la VFCF queda suprimida por factores que deprimen la función cerebral o la contractilidad miocárdica fetal, estando ésta siempre disminuida antes de la muerte por hipoxia y acidosis prolongada.

- **Aceleraciones de la FCF**

Su presencia indica "reactividad fetal". Una aceleración es un incremento visual aparentemente brusco, definido como inicio de un aumento en la FCF basal que alcanza el máximo en

menos de 30 segundos. Después de las 32 semanas de amenorrea, éste cambio dura 15 segundos o más (pero menos de 2 minutos) y su amplitud es igual o superior a 15 lpm; antes de las 32 semanas una duración de 10 segundos y una amplitud de 10 lpm son admitidos. La aceleración se denomina prolongada cuando dura entre 2 y 10 minutos, cualquier aceleración que dure más de 10 minutos constituye un cambio de la FCF basal.

La inexistencia de aceleraciones durante más de 40 a 45 minutos, en ausencia de cualquier otra explicación (medicación materna, anomalía congénita fetal) debe considerarse como altamente sospechosa de sufrimiento fetal agudo. En presencia de una FCF basal normal y de una razonable variabilidad, este importante signo de sufrimiento fetal se pasa a menudo por alto. Un feto sano y vigoroso presenta siempre en circunstancias de oxigenación normal, episodios de aceleración relacionados con los movimientos corporales.

- **Desaceleraciones de la FCF**

Las desaceleraciones se definen como un descenso de la FCF de más de 15 lpm que dura más de 15 segundos, pero menos de 2 minutos. Las deceleraciones pueden ser hallazgos importantes, dado que está relacionado con las contracciones y, por ende, con el desarrollo de hipoxia. Sin embargo, la mayoría de las deceleraciones no están relacionadas con ésta sino que son causadas por cambios del entorno fetal.

Las desaceleraciones pueden ser tempranas, variables y tardías, relacionándolas a un fenómeno fisiopatológico determinado. Así las desaceleraciones precoces se atribuyen a una compresión cefálica; las tardías a insuficiencia útero-placentaria y las variables a compresión de cordón umbilical.

Desaceleraciones o Tempranas (DIP I):

Es el comienzo gradual de la FCF (al menos 30 segundos desde el inicio al nadir), de retorno gradual, y de imagen especular en relación a la contracción uterina.

Las DIPS I suelen observarse en el trabajo de parto activo entre los 4 y 7 cm de dilatación. La FCF basal está generalmente en rangos normales, al igual que la variabilidad. Este tipo de desaceleración es considerado un patrón tranquilizador, ya que se asocia a un pH fetal normal, con un puntaje de Apgar normal, y no presentando evidencias de compromiso fetal.

Desaceleraciones Tardías (DIP II):

Son desaceleraciones que se presentan después de la contracción, su nadir es retrasado con relación al acmé de la contracción y se prolongan después del fin de la contracción uterina. La pendiente inicial de la desaceleración es lenta y progresiva (> a 30 segundos desde el inicio al nadir). La vuelta a la FCF basal es progresiva lo que le confiere una morfología uniforme. En DIPS II la FCF rara vez cae más de 10 a 20 lpm; pero cuando son graves, pueden descender por debajo de 120 lpm, o incluso llegar a 60 lpm.

Dentro de los factores adversos que influyen en la oxigenación fetal, el más común y fisiológico es el asociado a las contracciones uterinas. La perfusión del espacio intervelloso esencialmente cesa durante las contracciones de intensidad normal, desencadenando en el feto mecanismos adaptativos de reserva para enfrentar este estrés hipóxico.

Desaceleraciones Variables (DIP III):

Éstas desaceleraciones se caracterizan por una brusca caída de la FCF (período menor de 30 segundos desde el inicio al nadir) seguida también por un brusco aumento de ésta, no presentando una concordancia temporal con la contracción uterina. La caída de la FCF es profunda, llegando frecuentemente a frecuencias cercanas a 60 lpm. Suduración, forma y relación con las contracciones uterinas no es uniforme. Los DIP III típicas son precedidas y sucedidas por aceleraciones, denominadas "hombros", secundarias a estimulación simpática, producida por la disminución del retorno venoso debido a la compresión de la vena umbilical. Los DIP III atípicas pueden ser moderados, severos. Son moderadas si el nadir es superior a 70 lpm y duran menos de 60 segundos. En las DV severas el nadir es menor a 70 lpm y generalmente duran más de 60 segundos. Fisiopatológicamente esta desaceleración responde a la compresión de la arteria umbilical, que produce una repentina hipertensión arterial fetal, la que evoca una respuesta vagal baro receptor mediada, originando una desaceleración de la FCF.

2.2.2. OLIGOHIDRAMNIOS

Alteración fisiopatológica que se caracteriza por la disminución en la cantidad del líquido amniótico.

La medida de la cantidad del líquido amniótico se puede realizar utilizando diferentes técnicas, las dos más utilizadas son la máxima columna vertical y el índice de líquido amniótico (ILA).

- **Máxima columna vertical (MCV):** Se realiza midiendo la máxima columna vertical de líquido libre de partes fetales y de cordón de manera vertical. Se considera normal cuando es superior a 2 cm en todas las edades gestacionales y cuando es inferior a 8 cm por debajo de la semana 20 o a 10 cm a partir de la semana 21.
- **Índice de líquido amniótico (ILA):** Es el valor obtenido a partir de la suma de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes que se delimitan por la intersección de dos líneas perpendiculares en el abdomen materno: la línea media longitudinal con la línea transversal media entre la sínfisis púbica y el fondo uterino. El transductor se coloca en posición sagital y lo más perpendicular posible al suelo. Se consideran normales valores de ILA entre 5 y 25 centímetros

Existe controversia sobre cuál es el mejor método para valorar la cantidad de LA. Mientras que la MCV es más específica, el ILA tiene una mayor sensibilidad para identificar la reducción de LA sin mejorar los resultados en la población general. Por lo tanto, en las **gestaciones de bajo riesgo** la medición del LA se realizará utilizando la **MCV** como herramienta de screening. Reservaremos el uso del **ILA** para las **gestaciones con patología asociada** como la restricción de crecimiento, la gestación cronológicamente prolongada o la disminución de movimientos fetales. Definiremos **oligohidramnios** como la presencia de una **MCV < 2 cm**, siendo considerado como oligoanhidramnios severo/anhidramnios cuando sea inferior a 1 cm, o un **ILA < 5**.¹⁴

1. Causas de oligohidramnios:

A. Causas fetales

a) Alteraciones cromosómicas:

Triplodías, trisomías 18, síndrome de Turner, Síndrome de Turner.

b) Malformaciones fetales:

- Síndrome de banda amniótica, síndrome de Noonan-Robert.
- Cardíacas: Tetralogía de Fallot, defectos septales, coartación de la aorta.
- SNC: Holoprosencefalia, meningocele, encefalocele, microcefalia.
- Disgenesia de cloaca.
- Hernia diafragmática
- Esqueléticas: Sirenomelia, agenesia de sacro, ausencia de radio, hendiduras faciales.
- Gemelares: Secuencia TRAP (twin reversed arterial perfusión)
- Renales: agenesia renal, atresia agenesia ureteral, displasias renales, extrofia vesical, poliquistosis renal, válvula uretral posterior, patología obstructiva severa, Síndrome de Meckel Gruber. Estas son las causas más frecuentes de Oligohidramnios severo

- Secuencia POTTER
- Hipotiroidismo
- Transfusión intergemelar
- Higroma quístico
- VACTERL: Secuencia de anomalías vertebrales, anales, cardíacas, traqueo esofágicas, renales y extremidades

c) Embarazo prolongado.

d) Muerte fetal.

e) Rotura de membranas:

Es la causa más frecuente de Oligohidramnios en etapas avanzadas del embarazo. Se produce en el 10% de las gestaciones

B. Causas Placentarias

- a) Insuficiencia placentaria: Causa de retraso de crecimiento intraútero (RCIU) con frecuencia asociado al descenso de la cantidad de líquido amniótico. Ante el diagnóstico de RCIU precoz y simétrico con Oligohidramnios severo debemos descartar triploidías o trisomías 18.
- b) Transfusión feto fetal.
- c) Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

C. Causas maternas:

- a) Hipertensión
- b) Pre eclampsia.
- c) Diabetes.
- d) Aumento de alfa-feto proteína en el segundo trimestre.

D. Debida a fármacos:

- a) Inhibidores de la prostaglandina sintetasa: AINES, indometacina.
- b) Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina: captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril.^{15,16,17}

E. Idiopático:

- a) Las causas idiopáticas ocupan el 5% del total de casos.

Oligohidramnios de Inicio Temprano:

Se relaciona con trastornos vinculados a obstrucción de las vías urinarias o agenesia renal fetales, displasia renal multiquística, obstrucción de la salida de la vejiga, Síndrome de Meckel Gruber .Por tanto la anuria casi con certeza tiene una participación causal en tales casos. Una pérdida crónica por ruptura de membranas disminuye de forma apreciable el líquido amniótico, pero pronto se inicia el trabajo de parto.

Según estudios de Guron y Friberg (2000) han vinculado la exposición a los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina con el Oligohidramnios. El fármaco más involucrado es el enalapril, aunque también se ha involucrado el captopril y el lisinopril. Estos fármacos alteran el sistema Renina-Angiotensina que es esencial para el desarrollo renal normal. Además pueden desencadenar hipotensión y deficiencia de la perfusión fetal duraderas que terminan en isquemia renal y disgenesia de túbulos renales y anuria.

Entre el 15 y 25% de los casos se relacionan con anomalía fetales como: anomalías cromosómicas (triploidías, trisomías, Síndrome de Turner) .Se menciona el Síndrome de banda amniótica, anomalías cardíacas, anomalías del Sistema Nervioso central, Hernia diafragmática, Secuencia TRAP (Secuencia de inversión del riego arterial) del embarazo gemelar, higroma quístico; VACTERL: (Secuencia de anomalías vertebrales, anales cardíacas, traqueo esofágicas).^{18,19}

Pronostico:

Los resultados fetales son malos en el Oligohidramnios de inicio temprano.

Los fetos normales pueden sufrir la consecuencia de la disminución intensa de líquido amniótico, de inicio temprano. Las adherencias del amnios pueden atrapar partes fetales y causar graves deformidades, que incluyen amputaciones .Es más con la compresión de todos los lados, a menudo se pueden presentar anomalías esqueléticas como pié zambo.

Dentro de estas consecuencias son:

□ Hipoplasia Pulmonar: La hipoplasia pulmonar se origina como consecuencia de la compresión torácica que impide la excursión de la pared torácica y expansión pulmonar. La falta de movimientos fetales disminuye el ingreso pulmonar de aire y por último el más ampliamente aceptado es que la falta de retención de líquido amniótico intrapulmonar o un aumento de su salida con la consecutiva alteración del crecimiento y desarrollo pulmonares, asimismo la flexión raquídea contribuye a la hipoplasia pulmonar.^{19,20}

Oligohidramnios En Etapas Avanzadas Del Embarazo.

- ✓ El volumen de líquido amniótico disminuye normalmente después de las 35 semanas.
- ✓ El tratamiento del Oligohidramnios en etapas avanzadas del embarazo depende de las circunstancias clínicas.
- ✓ Es indispensable una valoración de las anomalías y del crecimiento fetal.
- ✓ En un embarazo complicado por Oligohidramnios y restricción del crecimiento, la vigilancia fetal estrecha es importante por la morbilidad vinculada y se recomienda el nacimiento por indicaciones fetales o maternas. Aunque se considera la edad gestacional en esta decisión, las pruebas de afección fetal o materna, rebalsan la cantidad de complicaciones del parto pre término.

- ✓ El Oligohidramnios se ha reconocido como una entidad ligada estrechamente en la restricción del crecimiento intrauterino debido a una disminución de la producción urinaria fetal y pulmonar como resultado de los estados de hipoxia que producen redistribución de flujo refleja del gasto cardíaco.

2. Complicaciones:

El Oligohidramnios severo se asocia a un 15% de anomalías congénitas, a un 25-40% de retraso del crecimiento intrauterino y a una tasa de mortalidad del 133 por 1.000.

Entre las complicaciones perinatales cabe destacar:

- ✓ Compresiones de cordón y mayor concentración de meconio.
- ✓ Alteración de la monitorización biofísica.
- ✓ Depresión neonatal, sufrimiento fetal crónico y muerte fetal.
- ✓ Aumento del índice de cesáreas y distocias de partos.
- ✓ Si es de comienzo temprano, se pueden producir adherencias entre el amnios y las partes fetales que causen malformaciones graves, incluso amputación de miembros, malformaciones músculo esqueléticas como pie equino por mal posiciones.

- ✓ Hipoplasia pulmonar. Su incidencia oscila entre el 9 al 28%, según los autores, en los casos de rotura prematura de membranas (RPM). El efecto máximo del Oligohidramnios sobre el desarrollo pulmonar ocurre entre las 16 y 28 semanas de gestación. El desarrollo de la hipoplasia puede deberse a la compresión de la pared torácica que impida la expansión pulmonar, a la ausencia de movimientos respiratorios fetales que disminuyan el volumen que ingresa el pulmón o (modelo más aceptado) a la falta de retención de líquido amniótico o aumento del volumen que sale del pulmón. El Doppler de la arteria pulmonar combinado con la clínica y la biometría fetal puede ser Predictores de esta patología.²¹

3. Manejo de Oligohidramnios:

Debemos descartar la existencia de malformaciones fetales ante Oligohidramnios de larga evolución o agudos. De confirmarse su presencia adoptar una actitud obstétrica conservadora.

Si el Oligohidramnios es diagnosticado antes de las 20-22 semanas de gestación, valorar la interrupción de la gestación (previo consentimiento de la paciente).

Ante Oligohidramnios asociados a restricción del crecimiento intrauterino, insuficiencias placentarias, o patologías maternas (diabetes mellitus, toxemia) deberemos valorar la condición fetal mediante:

- Cardiotocografía
- Ecografía Doppler
- Perfil biofísico de Manning
- Amniocentesis y/o amnioscopia

De evidenciarse compromiso fetal debe plantearse la finalización de la gestación.

- Entre las 24 y las 34 semanas debe indicarse la maduración pulmonar con corticoides (betametasona 12 mg 01 I.M. /24 horas durante 2 días) para reducir el riesgo de distrés respiratorio.
- Tras conseguir la madurez pulmonar, valoraremos las condiciones obstétricas ante el parto. Si el patrón de frecuencia cardíaca es tranquilizador se intentará parto vaginal dependiendo de las restantes condiciones obstétricas, estando indicada la pre inducción con prostaglandinas en gestaciones a término con test de Bishop desfavorable. ^{16,18}

a) Amnioinfusión:

La Técnica de MIYASAKI y TAYLOR Sigue siendo un prototipo. Esencialmente se inyectó una solución fisiológica a través de un catéter intrauterino por medición de presión, sea por gravedad o utilizando una bomba de infusión a diferentes velocidades.

Lo más frecuente fue una carga inicial de 600 ml o 10-20 ml/min durante la primera hora seguida por una cifra de sostén de 3 ml/min.

Esta última cifra se mantuvo hasta el parto o hasta que cesaran las desaceleraciones variables. De manera alternativa se administraron 250 a 600 ml como carga inicial en los primeros 30 a 60 minutos y después se detuvo la venoclisis si se lograba un ILA mayor de 5 u 8 cm. Se administraron cargas repetidas de 250 ml, si el ILA no había alcanzado tal cifra; la inyección por bomba o gravedad es más segura o mejor.

El esquema actual utilizado es una dosis intrauterina rápida de 600 ml de solución salina fisiológica a temperatura ambiente en la primera hora mediante bomba seguida por 200 ml hasta llegar a punto clínico propuesto.

Indicaciones:

- Cuando existe líquido amniótico meconial.
- Presencia de desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto, particularmente cuando estas desaceleraciones presentan una taquicardia de base, la amnioinfusión presenta un gran valor. Así mismo debe evaluarse las condiciones fetales de forma permanente con la seguridad que el estado fetal será bueno hasta el final del trabajo de parto. Si las desaceleraciones basales son anormales razonablemente debemos concluir el embarazo por cesárea.

Contraindicaciones:

- Cesárea previa por riesgo de dehiscencia de cicatriz anterior por sobre distensión.
- Bradicardia fetal sostenida.
- Infección intramniótica.
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa.

Varios estudios han demostrado que la amnioinfusión, profiláctica y terapéutica aplicada cuando se presentan desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal o cuando hay meconio espeso en el líquido amniótico, es efectiva reduciendo las desaceleraciones y las cesáreas.

b) Hidratación Materna:

En revisión realizada por el Estudio Cochrane hasta 1999, en estudios randomizados comparando al hidratación materna, con no hidratación en mujeres embarazadas que presentaban una disminución de volumen del líquido amniótico normal, encontrados 2 estudios de 77 mujeres. Previa realización de ecografía, se les dio 2 litros de agua y encontraron que la hidratación materna en mujeres con o sin Oligohidramnios se asoció a un aumento del volumen de líquido amniótico. La diferencia en el peso medio para mujeres con Oligohidramnios fue 2,01, 95% con intervalo de 1,43 a 2,56; y para las pacientes con líquido

amniótico fue de 4,5 ,95% con intervalo de 2,92 a 6,08. La hidratación endovenosa con solución hipotónica, también se asoció con un incremento del volumen del líquido amniótico. Los investigadores concluyeron en este estudio que la hidratación materna parece incrementar el volumen del líquido amniótico y puede ser beneficiosa para el manejo del Oligohidramnios durante el trabajo de parto.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- a) **VALIDEZ:** Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “La validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”(p. 243).
- b) **CONFIABILIDAD:** Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), “La confiabilidad de un instrumento de medición se determina mediante diversas técnicas, y se refieren al grado en la cual se aplica, repetida al mismo sujeto produce iguales resultados” (p.210).
- c) **OLIGOHIDRAMNIOS U OLIGOAMNIOS:** Disminución de la cantidad del líquido amniótico su etología es desconocida aunque se encuentra asociada a pre eclampsia, muerte fetal, agenesia renal del feto, insuficiencia placentaria, etc.
- d) **CARDIOTOCOGRAFIA:** Es un método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, reactividad fetal y las contracciones uterinas.
- e) **FRECUENCIA CARDIACA FETAL BASAL (FCFB):** Es el promedio de la frecuencia cardíaca fetal en por lo menos 10 minutos.

- f) **VARIABILIDAD:** Oscilaciones de la FCF en un minuto, se toma en rango.
- **ACELERACIONES:** Aumento de más de 15 latidos y con una duración de 15 segundos en relación a la FCFB.
 - **DESACELERACIONES:** Disminución de más de 15 latidos y con una duración mayor de 15 segundos en relación a la FCFB.
- g) **MOVIMIENTOS FETALES:** Mayor de 5 movimientos en 10 minutos (múltiples e individuales).
- h) **SUFRIMIENTO FETAL:** Es causada por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.
- i) **APGAR:** Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS

H_i: Existe relación significativa entre el oligohidramnios y el Test no Estresante en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

H_o: No existe relación significativa entre el oligohidramnios y el Test no Estresante en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

3.2. VARIABLES

3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Oligohidramnios

3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Test No Estresante

3.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NATURAL EZA	ESCALA DE MEDICION	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u> Oligohidramnios	Alteración fisiopatológica que se caracteriza por la disminución en la cantidad del líquido amniótico. Se puede realizar utilizando diferentes técnicas, las dos más utilizadas son la máxima columna vertical y el índice de líquido amniótico (ILA).	Oligohidramnios en una alteración va afectar la reactividad fetal, se determinara de acuerdo al resultado de la evaluación cardiotocografía y los datos registrados en la Historia Clínica.	Unidimensional.	• LEVE	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Observación Documental • Ficha de recolección de datos
				• SEVERO	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Observación Documental • Ficha de recolección de datos
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NATURAL EZA	ESCALA DE MEDICION	TECNICAS E INSTRUMENTOS

<p style="text-align: center;"><u>VARIABLE</u> <u>DEPENDIEN</u> <u>TE</u></p> <p style="text-align: center;">TEST NO ESTRESANT E</p>	<p>La evaluación del Test no estresante es parte de la cardiotocografía o Monitoreo fetal Electrónico. Consiste en la monitorización electrónica de la FCF, estudiando las características, así como también las modificaciones que se producen con los movimientos fetales sin ser sometido a estrés. Se realiza a partir de las 28ssde gestación.</p>	<p>Para el presente estudio será considerado el puntaje obtenido en la prueba de bienestar fetal realizada por el /la Obstetra, que se obtendrá de la historias clínicas.</p>	<p>• LINEA DE BASE</p>	0 : <100 O >180	Cualitativa	Nominal	<p>• Observación Documental</p> <p>• Ficha de recolección de datos</p>
				1:100-119 o 160-179			
				2:120-160			
			<p>• VARIABILIDAD</p>	0: <5	Cualitativa	Nominal	
				1:5 a 9 o >25			
				2: 10 a 25			
			<p>• ACELERACIONES</p>	0: 0 desaceleraciones	Cualitativa	Nominal	
				1: esporádicas o periódicas			
				2: de 5 a mas			
			<p>• DESACELERACIONES:</p>	0: Repetidas	Cualitativa	Nominal	
				1: Variables o alejadas			
				2: Ninguna			
<p>• ACTIVIDAD FETAL</p>	0: No hay	Cualitativa	Nominal				
	1: 1 a 4 movimientos						
	2: > 5 movimientos						

CAPITULO IV MARCO METODOLOGICO

4.1. AMBITO ESPACIAL Y TEMPORAL

4.1.1. AMBITO ESPACIAL

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, sito en la Av. Guardia Chalaca N° 2176, Bellavista - Callao; este estudio se desarrollara a las gestantes que se encuentren hospitalizadas en el ambiente del servicio de unidad de embarazo patológico.

4.1.2. AMBITO TEMPORAL

El estudio fue de Enero a Junio del 2015.

4.2. TIPO DE INVESTIGACION

Según su carácter. El estudio es de tipo **correlacional**, por que el propósito del estudio está dirigido a conocer la relación entre el oligohidramnios y el test no estresante (Hernandez, 2006).

Según su naturaleza. Es una investigación **cuantitativa**, porque se usara la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico (Hernandez, 2006).

4.3. DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACION

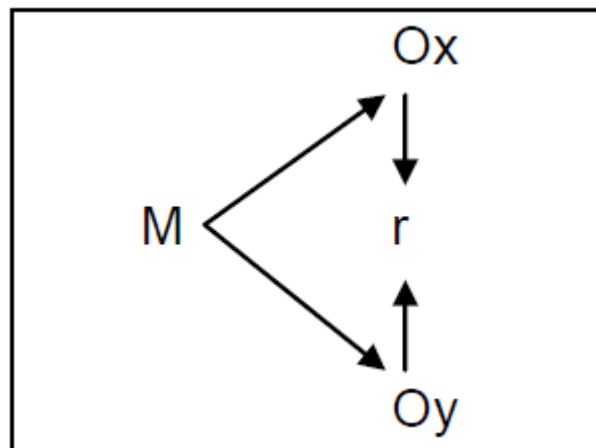
El presente estudio corresponde a los diseños no experimentales, según Hernández (2006), “La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables”

Por lo tanto este estudio es no experimental por que no se manipulan las variables, más aún, se realiza una observación directa de las variables de cómo estas se presentan en la realidad problemática.

Así también dentro de estos diseños este estudio corresponde a los diseños transeccionales correlacionales/causales. Según Hernández (2006):

Los diseños transeccionales correlacionales/causales tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado

El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño:



En donde:

M: Muestra

Ox: Clasificación del Oligohidramnios

Oy: Evaluación cardiotocográfica

r: relación

4.4. POBLACION Y MUESTRA

4.4.1. POBLACION

La población estuvo constituida por todas las gestantes que son atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio del 2015.

4.4.2. MUESTRA

Estuvo constituida por todas las gestantes a partir de las 30 semanas de gestación con diagnóstico de Oligohidramnios en un total de 56, las que cumplían con los criterios de selección.

4.4.3. UNIDAD DE ANALISIS

Una gestante con el diagnóstico de oligohidramnios.

4.4.4. TIPO DE MUESTREO

Se empleó el muestreo NO PROBABILÍSTICO por conveniencia.

4.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.5.1. CRITERIOS DE INCLUSION

- Toda gestante cuya edad gestacional sea a partir de las 30 semanas de gestación con diagnóstico ecográfico de Oligohidramnios.

- Haberse realizado el test no estresante.
- Gestante en estado postprandial no mayor de 2 horas.
- Haber sido atendida en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

4.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Gestante con edad gestacional menor de 30 semanas.
- No haberse realizado el test no estresante.
- No haberse atendido en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

4.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

4.6.1. TECNICAS

- **Observación Documental:**

“Según Munares (2006), la observación se basa en el establecimiento previo de las variables empíricas y las categorías sobre las que necesitamos recoger información. Una vez establecidas las variables y categorías se examinan sistemáticamente los documentos, con el objeto de encontrar los datos contenidos en ellos, referentes a cada categoría. La finalidad pretendida es ver si los datos prueban o no las hipótesis formuladas” (pg. 113).

4.6.2. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados fueron la Ficha de Recolección de Datos (Anexo 02) la cual se llenó de acuerdo a los datos de las historias clínicas.

4.7. VALIDEZ

Para realizar la validez del instrumento de recolección de datos se hizo la validación por Juicio de Expertos, los cuales emitieron su juicio de validez del contenido teniendo en cuenta: La claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y metodología de los ítems del instrumento.

Hernández, Fernández y Baptista (2010), “La validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (p. 243).

4.8. PROCESAMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Para el análisis de datos se realizó la revisión de la consistencia de la información, así también se realizó la clasificación de la información con la finalidad de agrupar datos mediante la distribución de frecuencias de variables dependientes.

1. En la primera etapa, se realizó la respectiva codificación y tabulación (Excel) de los datos según Hernández, Fernández y Baptista (2010), “Una vez recolectados los datos éstos deben de codificarse... las categorías de un ítem o pregunta requieren codificarse en números, porque de lo contrario no se efectuaría ningún análisis, sólo se contaría el número de respuestas en cada categoría” (p. 262). De esta manera se procesaron de forma ordenada los datos obtenidos del instrumento de recolección de datos.

2. En la segunda etapa se realizó la estadística descriptiva, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), “La primera tarea es describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable... esto se logra al describir la distribución de las puntuaciones o frecuencias de cada variable” (p. 287). Por lo tanto el análisis e interpretación de datos, para lo cual se realiza en primer lugar la estadística descriptiva de las variables y dimensiones
3. En la tercera etapa se realizó la estadística inferencial, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), “La estadística inferencial se utiliza fundamentalmente para dos procedimientos vinculados: probar hipótesis y estimar parámetros” (p. 306). En tal sentido se aplicó la prueba de asociación de riesgo relativo, además se analizó a través del Chi cuadrado con un nivel de significancia de $p = <0.05\%$, la interpretación de los datos se hicieron a través de los resultados obtenidos.

4.9. ASPECTO ETICO

- Se solicitó el permiso correspondiente a la Dirección del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao para efectuar el desarrollo del estudio.
- El estudio no involucró ningún riesgo para la gestante ni el niño.
- Las fichas fueron custodiadas por el investigador y se utilizaron sólo para fines del estudio

CAPITULO V
RESULTADOS

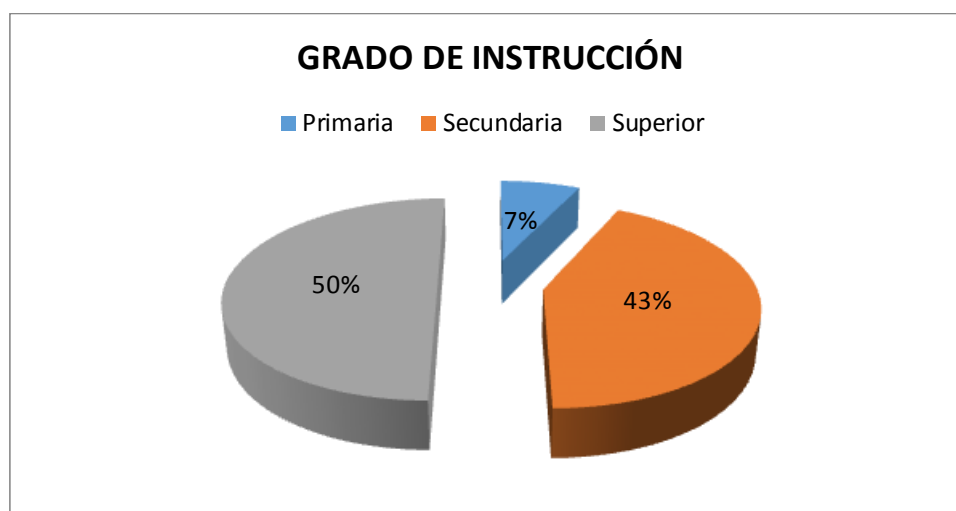
5.1. RESULTADOS DE ANALISIS ESTADISTICOS

TABLA N° 01

Características sociodemográficas de las gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	Número (n=56)	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	4	7.1 %
Secundaria	24	42.9%
Superior	28	50.0%
EDAD		
Promedio	26.45	
Desviación estándar	6.15	

GRAFICO Nº 01
GRADO DE INSTRUCCIÓN



Interpretación: En la tabla se observa las características sociodemográficas de las gestantes, donde prevaleció el grado de instrucción superior (50%). El promedio de la edad fue de 26,45 años y la desviación estándar fue de 6.15 años.

TABLA Nº 02

Características clínicas de las gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

CARACTERISTICAS CLINICAS	Número (n=56)	%
PARIDAD		
Primigesta	25	44.6%
Segundigesta	11	19.6%
Multigesta	20	35.7%
OLIGOHIDRAMNIOS		
Leve	19	33.9%

Severo	37	66.1%
EDAD GESTACIONAL		
Promedio	38.25	
Desviación Estándar	1.75	
Rotura prematura de membranas	5	8.92%
Embarazo a término tardío	3	5.35%
Preeclampsia	3	5.35%

GRAFICO N° 02

PARIDAD

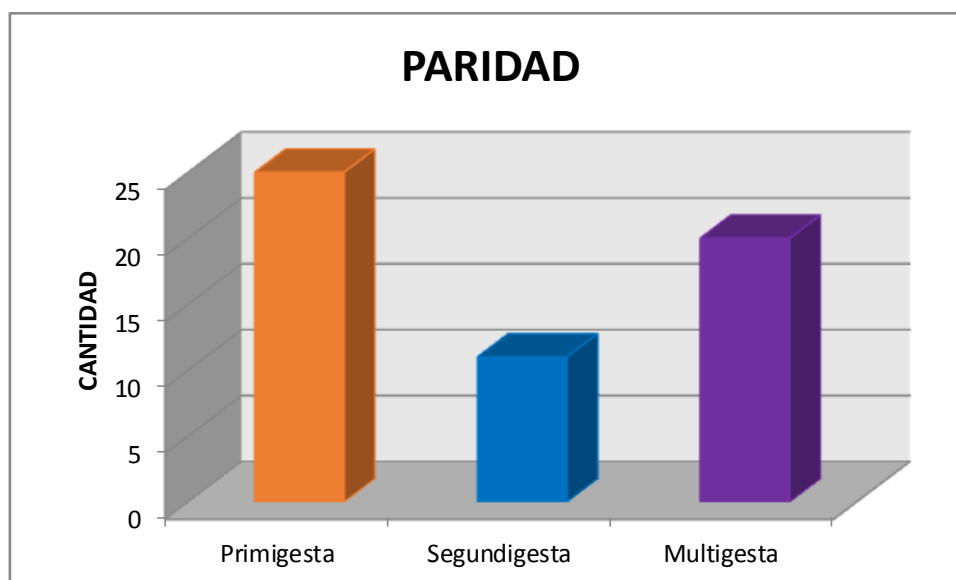


GRAFICO Nº 03
TIPOS DE OLIGOHIDRAMNIOS

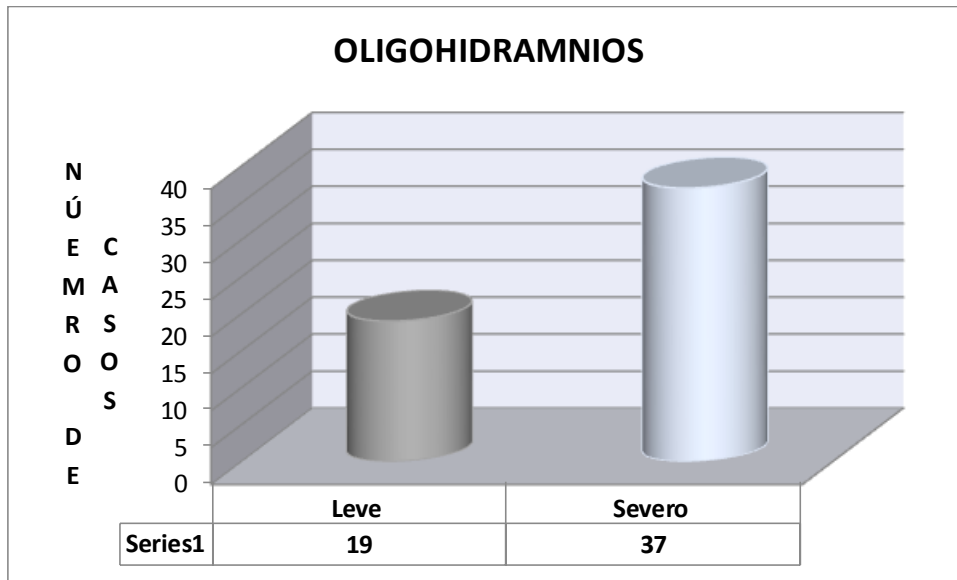
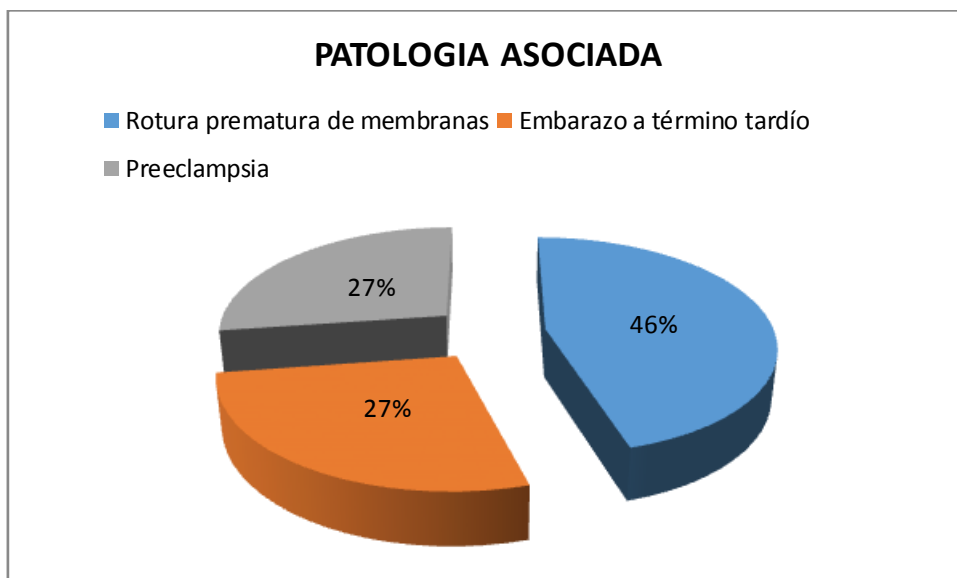


GRAFICO Nº 04
PATOLOGIA ASOCIADA



Interpretación: Dentro de las características clínicas de las gestantes observamos que el mayor porcentaje de gestantes era su primera gestación (44.6%). En cuanto al tipo de oligohidramnios que se presentó en mayor porcentaje fue el severo (66.1%).

El promedio de la edad gestacional fue de 38.25 semanas y la desviación estándar fue de 1.75 semanas.

La patología asociada con más frecuencia fue la rotura prematura de membranas en un 8.92% de los casos.

TABLA N° 03

Tipo de respuesta del Test No Estresante en gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

TEST NO ESTRESANTE	Número (n=56)	%
Reactivo	50	89.3%
No Reactivo	6	10.7%
Total	56	100%

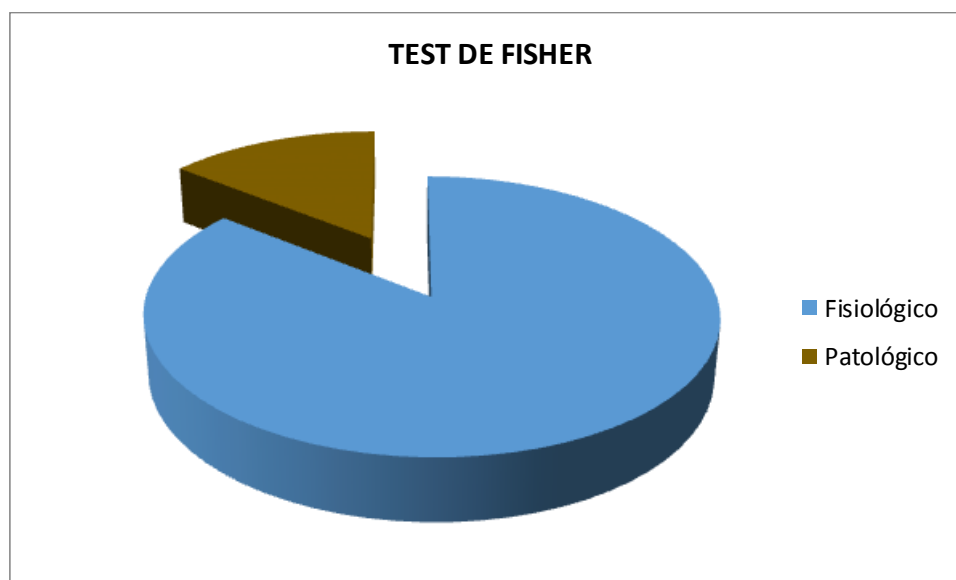
GRAFICO N° 05**TIPO DE RESPUESTA SEGÚN TEST NO ESTRESANTE**

Interpretación: En la tabla podemos observar que hubo una alta prevalencia del tipo de respuesta Reactivo (89.3%) de los monitoreos de las pacientes, con respecto al No Reactivo que fue de un 10.7%.

TABLA Nº 04

Tipo de respuesta según el Test de Fisher en gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

TEST DE FISHER	Número (n=56)	%
Fisiológico	48	85.7%
Patológico	8	14.3%
Total	56	100%

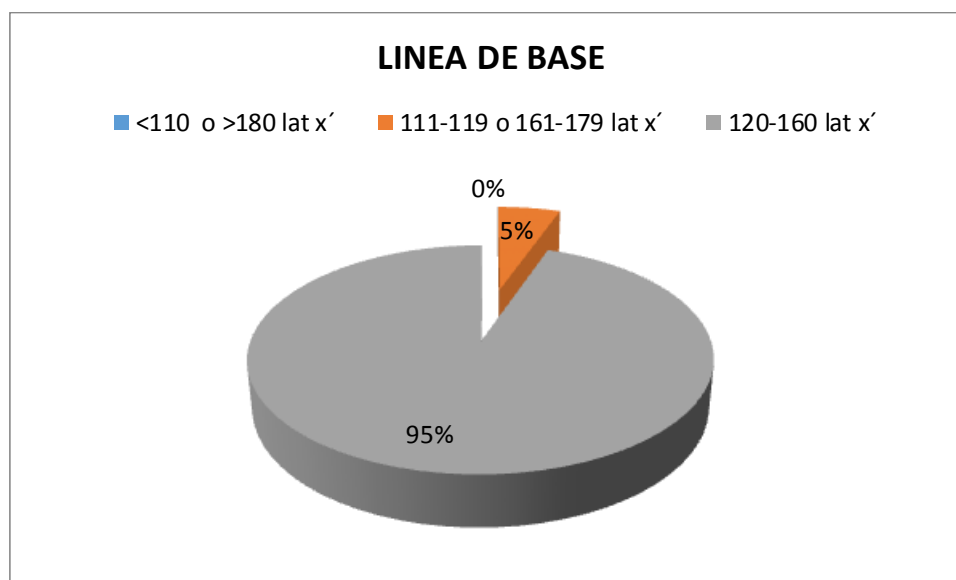
GRAFICO Nº 06**TIPO DE RESPUESTA SEGÚN TEST DE FISHER**

Interpretación: En la tabla podemos observar que hubo una alta prevalencia de un test de Fisher fisiológico (89.3%) de los monitoreos de las pacientes, con respecto al patológico (14.3%).

TABLA Nº 05

Línea de base del Test No Estresante en gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

LÍNEA DE BASE	Número (n=56)	%
<110 o >180 lat x'	0	0%
111-119 o 161-179 lat x'	3	5.4%
120-160 lat x'	53	94.6%

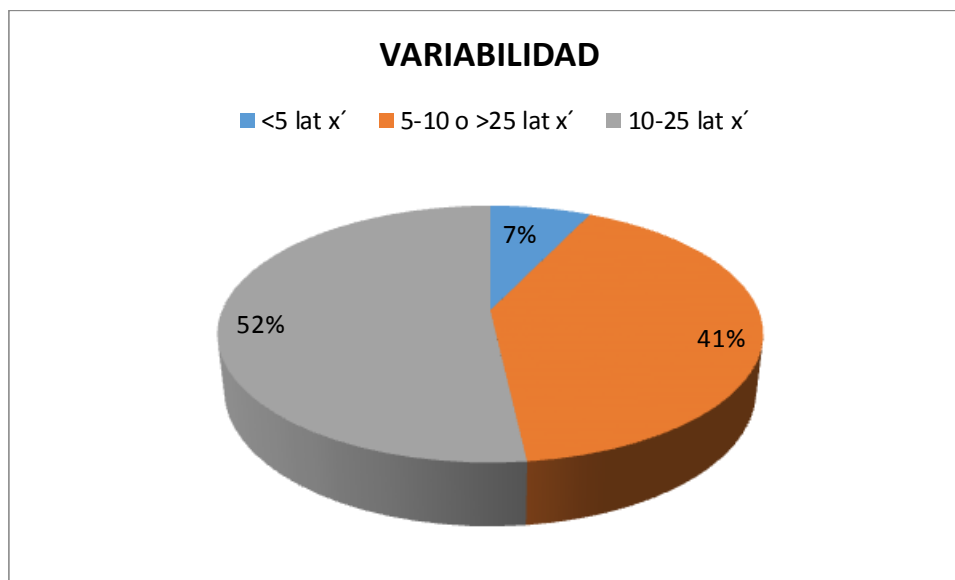
GRAFICO Nº 07**PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN LÍNEA DE BASE**

Interpretación: En la tabla podemos observar que hubo una alta frecuencia de una línea de base dentro de los valores fisiológicos (94.6%) de los monitoreos de las pacientes mientras que no se presentó ningún caso de una línea de base patológica.

TABLA Nº 06

Variabilidad del Test No Estresante en gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

VARIABILIDAD	Número (n=56)	%
<5 lat x´	4	7.1%
5-10 o >25 lat x´	23	41.1%
10-25 lat x´	29	51.8%

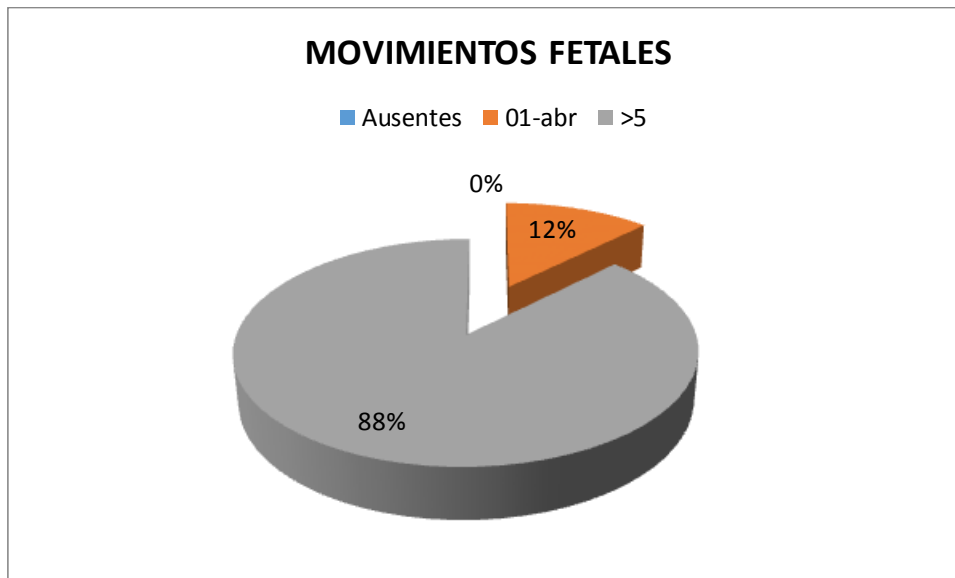
GRAFICO Nº 08**PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN VARIABILIDAD**

Interpretación: En la tabla podemos observar que hubo una alta frecuencia de una variabilidad dentro de los valores fisiológicos (51.8%) frente a un 41.1% de casos en los cuales se alteraron moderadamente los valores de la variabilidad.

TABLA Nº 07

Movimientos Fetales del Test No Estresante en gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

MOVIMIENTOS FETALES	Número (n=56)	%
Ausentes	0	0%
1-4	7	12.5%
>5	49	87.5%

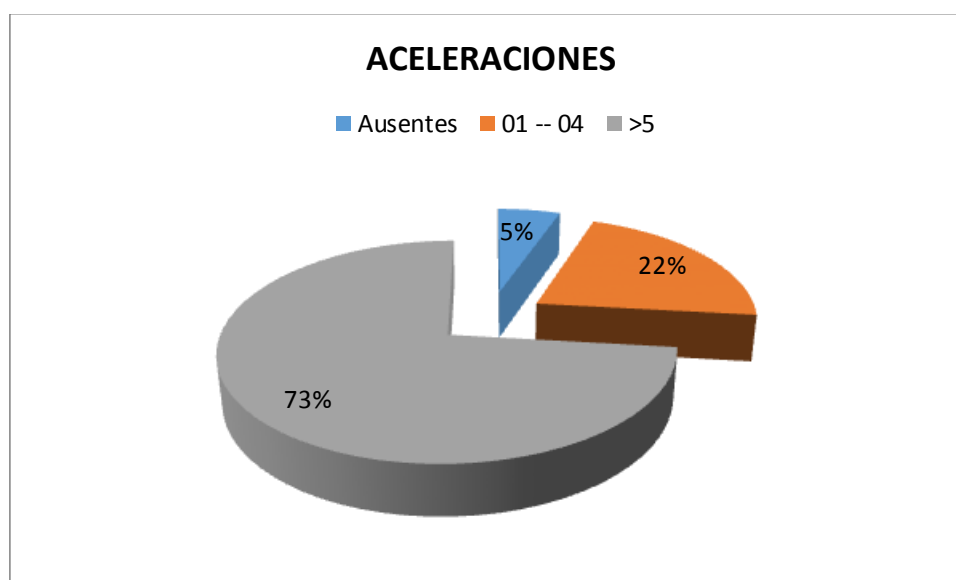
GRAFICO Nº 09**PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN MOVIMIENTOS FETALES**

Interpretación: En la tabla podemos observar que hubo una alta frecuencia de movimientos fetales dentro de los valores fisiológicos (87.5%) de los monitoreos de las pacientes mientras que no se presentó ningún caso de ausencia de movimientos fetales.

TABLA Nº 08

Aceleraciones del Test No Estresante en gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

ACELERACIONES	Número (n=56)	%
Ausentes	3	5.4%
1-4	12	21.4%
>5	41	73.2%

GRAFICO Nº 10**PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN ACELERACIONES**

Interpretación: En la tabla podemos observar que hubo una frecuencia de aceleraciones dentro de los valores fisiológicos (73.2%) de los monitoreos de las pacientes mientras que en los casos donde hubo una frecuencia ausente fue de un 5.4%.

TABLA Nº 09

Desaceleraciones del Test No Estresante en gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

DESACELERACIONES	Número (n=56)	%
Presentes	0	0%
Atípicas	10	17.9%
Ausentes	46	82.1%

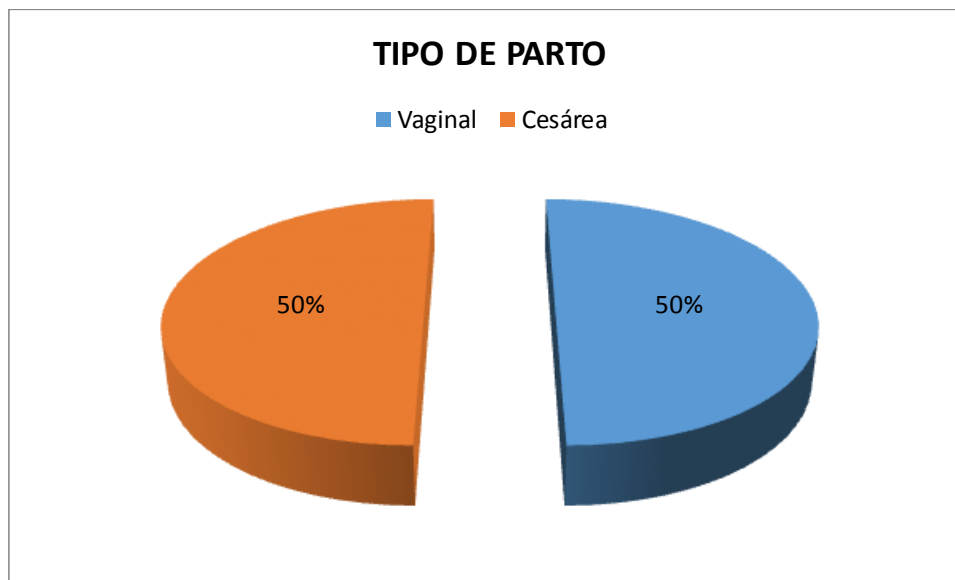
GRAFICO Nº 11**PORCENTAJE DE CASOS SEGÚN DESACELERACIONES**

Interpretación: En la tabla podemos observar que hubo una frecuencia de ausencia de desaceleraciones (82.1%) de los monitoreos de las pacientes mientras que los casos atípicos fue de un 17.9%, además no se presentó ningún caso de presencia de desaceleraciones.

TABLA Nº 10

Tipo de parto de las gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

TIPO DE PARTO	Número (n=56)	%
Vaginal	28	50.0%
Cesárea	28	50.0%
Total	56	100%

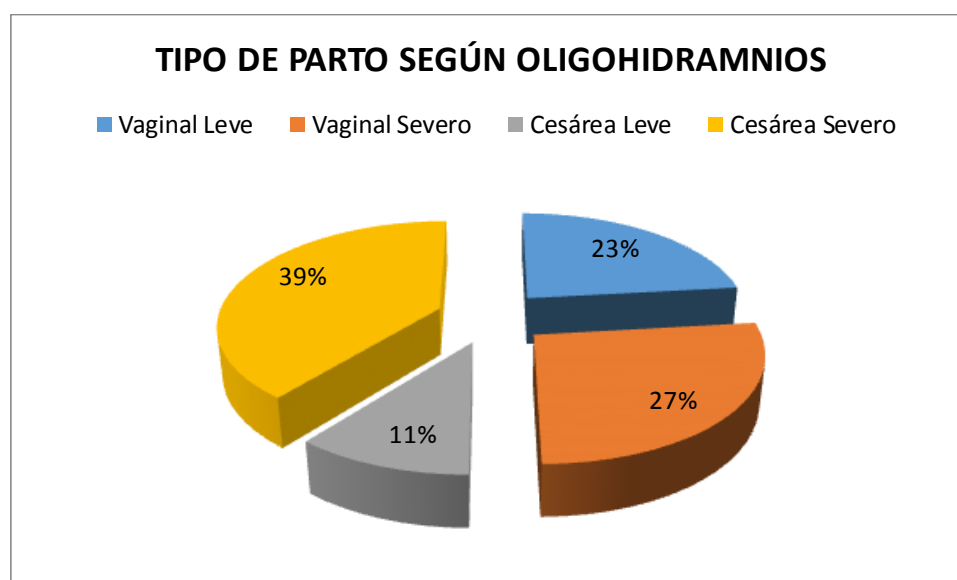
GRAFICO Nº 12**TIPO DE PARTO**

Interpretación: En la tabla se puede observar que hubo una frecuencia igual en ambos tipos de parto (50%) de los casos. En los casos de cesárea vale decir que se dieron por la presencia de un patrón de riesgo en un trazado posterior durante el manejo en el servicio.

TABLA Nº 11

Tipo de parto según tipo de Oligohidramnios de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

TIPO DE PARTO	Oligohidramnios	Número (n=56)	%	Total
Vaginal	Leve	13	46.42%	100%
	Severo	15	53.58%	
Cesárea	Leve	6	21.43%	100%
	Severo	22	78.57%	
Total		56		100%

GRAFICO Nº 13**TIPO DE PARTO SEGÚN TIPO DE OLIGOHIDRAMNIOS**

Interpretación: En la tabla se puede observar que hubo una frecuencia igual en ambos tipos de parto (50%) de los casos. En los casos de cesárea podemos observar que del total de cesáreas el 78.57% se dio en los casos de Oligohidramnios severo, vale decir que se dieron por la presencia de un patrón de riesgo en un trazado posterior durante el manejo en el servicio.

TABLA Nº 12

Estímulos usados en el Test No Estresante en gestantes con oligohidramnios atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

ESTIMULOS	Número (n=56)	%
Manual	5	8.9%
Ninguno	51	91.1%
Total	56	100%

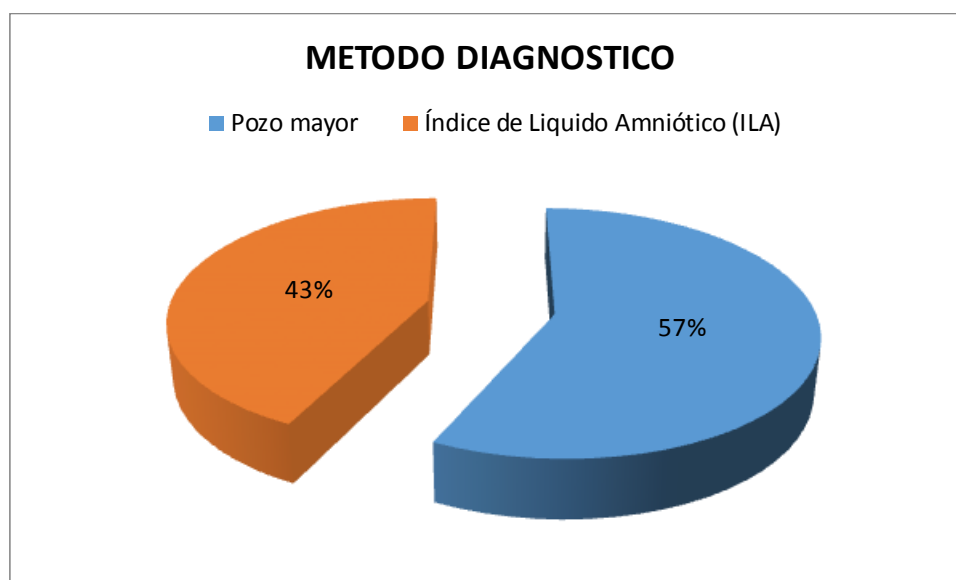
Interpretación: En la tabla se puede observar que en la mayoría de los casos no fue necesario el uso de algún estímulo en el test no estresante (91.1%) mientras que en un 8.9% si fue necesario el uso de algún estímulo externo.

TABLA Nº 13

Tipo de método para el diagnóstico de oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, en el periodo de Enero a Junio 2015.

METODO	Número (n=56)	%
Pozo mayor	32	57.14%
Índice de Liquido Amniótico (ILA)	24	42.86%
Total	56	100%

GRAFICO N° 14
TIPO DE METODO DIAGNOSTICO



Interpretación: En la tabla se puede observar que en la mayor parte de los casos se utilizó el método del Pozo mayor para el diagnóstico de Oligohidramnios (57.14%) mientras que en un 42.86% se utilizó el ILA.

PLANTEAMIENTO

H_i: Existe relación significativa entre el oligohidramnios y el Test no Estresante en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

H_o: No existe relación significativa entre el oligohidramnios y el Test no Estresante en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

Oligohidramnios*Test No Estresante tabulación cruzada				
		Test No Estresante		Total
		No Reactivo	Reactivo	
Oligohidramnios	Severo	6	31	37
	Leve	1	18	19
Total		7	49	56

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,377 ^a	1	,241
Corrección de continuidad ^b	,558	1	,455
Razón de verosimilitud	1,563	1	,211
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,352	1	,245
N de casos válidos	56		

Nivel de significancia $\alpha = 0.05\%$

Valor de p = 0.241

El Oligohidramnios no se relaciona con el test no estresante de gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Riesgo relativo

$$RR = \frac{a/(a + b)}{c/(c + d)}$$

$$\frac{6}{37} / \frac{1}{19} = 3.2$$

Los pacientes con Oligohidramnios severo tienen 3.2 veces más posibilidades de tener un test no estresante No Reactivo.

SUB HIPÓTESIS H_{i,1}: Existe relación significativa entre el oligohidramnios y la línea de base en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

SUB HIPÓTESIS H_{o,1}: No existe relación significativa entre el oligohidramnios y la línea de base en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

Oligohidramnios*Línea de Base tabulación cruzada				
		Línea de Base		Total
		111-119 o 161 - 179 x'	120 – 160 x'	
Oligohidramnios	Severo	2	35	37
	Leve	1	18	19
Total		3	53	56

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,001 ^a	1	,982
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000

Razón de verosimilitud	,001	1	,982
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,000	1	,982
N de casos válidos	56		

Nivel de significancia $\alpha = 0.05\%$

Valor de p = 0.982

La línea de base no se relaciona con el Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Riesgo relativo

$$RR = \frac{a/(a + b)}{c/(c + d)}$$

$$\frac{35}{37} / \frac{18}{19} = 1$$

No existe asociación significativa de riesgo para que se altere el parámetro de la línea de base.

SUB HIPÓTESIS $H_{i,2}$: Existe relación significativa entre el oligohidramnios y la variabilidad en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

SUB HIPÓTESIS $H_{o,2}$: No existe relación significativa entre el oligohidramnios y la variabilidad en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

Oligohidramnios*Variabilidad tabulación cruzada		
	Variabilidad	Total

		5 - 10 o >25	10 a 25	
Oligohidramnios	Severo	15	22	37
	Leve	12	7	19
Total		27	29	56

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,710 ^a	2	,035
Razón de verosimilitud	7,847	2	,020
Asociación lineal por lineal	,441	1	,507
N de casos válidos	56		

Nivel de significancia $\alpha = 0.05\%$

Valor de $p = 0.035$

La variabilidad del test no estresante si se relaciona con el Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Riesgo relativo

$$RR = \frac{a/(a + b)}{c/(c + d)}$$

$$\frac{15}{37} / \frac{12}{19} = 0.63$$

Existe asociación negativa, no existe factor de riesgo.

SUB HIPÓTESIS $H_{i,3}$: Existe relación significativa entre el oligohidramnios y los movimientos fetales en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

SUB HIPÓTESIS $H_{o,3}$: No existe relación significativa entre el oligohidramnios y los movimientos fetales en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

Oligohidramnios*Movimientos Fetales tabulación cruzada				
		Movimientos Fetales		Total
		1 a 4	>5	
Oligohidramnios	Severo	5	32	37
	Leve	2	17	19
Total		7	49	56

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	,102 ^a	1	,749
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitud	,105	1	,746
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,101	1	,751
N de casos válidos	56		

Nivel de significancia $\alpha = 0.05\%$

Valor de p = 0.749

El indicador movimientos fetales no se relaciona con el Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Riesgo relativo

$$RR = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$$

$$\frac{32}{37} / \frac{17}{19} = 0.96$$

Existe asociación negativa, no existe factor de riesgo.

SUB HIPÓTESIS H_{i,4}: Existe relación significativa entre el oligohidramnios y las aceleraciones en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

SUB HIPÓTESIS H_{o,4}: No existe relación significativa entre el oligohidramnios y las aceleraciones en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

Oligohidramnios*Aceleraciones tabulación cruzada				
		Aceleraciones		Total
		1 a 4	>5	
Oligohidramnios	Severo	12	25	37
	Leve	3	16	19
Total		15	41	56

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,773 ^a	1	,183
Corrección de continuidad ^b	1,026	1	,311
Razón de verosimilitud	1,884	1	,170

Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,741	1	,187
N de casos válidos	56		

Nivel de significancia $\alpha = 0.05\%$

Valor de p = 0.183

El indicador aceleraciones no se relaciona con el Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Riesgo relativo

$$RR = \frac{a/(a + b)}{c/(c + d)}$$

$$\frac{12}{37} / \frac{3}{19} = 2.13$$

Los pacientes con Oligohidramnios severo tienen 2.13 veces más posibilidades de que se altere el patrón de las aceleraciones.

SUB HIPÓTESIS $H_{i,5}$: Existe relación significativa entre el oligohidramnios y las desaceleraciones en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

SUB HIPÓTESIS $H_{o,5}$: No existe relación significativa entre el oligohidramnios y las desaceleraciones en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.

Oligohidramnios*Desaceleraciones tabulación cruzada		
	Desaceleraciones	Total

		Atípicas	Ausentes	
Oligohidramnios	Severo	9	28	37
	Leve	1	18	19
Total		10	46	56

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,109 ^a	1	,078
Corrección de continuidad ^b	1,946	1	,163
Razón de verosimilitud	3,663	1	,056
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	3,054	1	,081
N de casos válidos	56		

Nivel de significancia $\alpha = 0.05\%$

Valor de p = 0.078

Las desaceleraciones no se relacionan con el Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Riesgo relativo

$$RR = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$$

$$\frac{9}{37} / \frac{1}{19} = 4.8$$

Los pacientes con Oligohidramnios severo tienen 4.8 veces más posibilidades de que las desaceleraciones se alteren en un test no estresante.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez que el embarazo es diagnosticado, una de las demandas primordiales que hacen los padres al equipo médico tratante es el de obtener un producto de la gestación estructural y funcionalmente intacto. Con los avances que ha alcanzado la medicina fetal y perinatal en la prevención y diagnóstico precoz de patologías que afectan el binomio madre-hijo, se ha logrado transmitir una mayor tranquilidad a los progenitores de la indemnidad fetal a medida que evoluciona el embarazo. A pesar que a la luz de los conocimientos actuales la mayoría de las muertes perinatales y de las potenciales secuelas neurológicas que presentará el neonato, surgen de eventos precipitantes que afectan al feto fuera del período intraparto (inmadurez, infección, hipoxia crónica, etc.), es durante el parto donde la unidad fetoplacentaria puede claudicar originando un estado asfíctico, factor precipitante de las dos complicaciones obstétricas más grave, la muerte perinatal y las secuelas neurológicas, las que provocan un impacto devastador en los padres, su familia, equipo médico tratante y en la sociedad, esto sin mencionar sus implicancias médico legales.⁵

En el presente trabajo la media de edad materna fue de 26,45 años lo que se aproxima con Bianco⁶.

Dentro de las características clínicas se puede observar que las patologías que se presentaron son la rotura prematura de membranas, el embarazo a término tardío y la preeclampsia, esto concuerda con lo que dice Cordova⁸, además Valdes⁵ recomienda que el monitoreo electrónico fetal continuo debe de utilizarse en los embarazos pos términos, en el Oligohidramnios, etc; con lo cual concuerdo totalmente.

Además como se aprecia en los resultados la rotura prematura de membranas sigue siendo una de las patologías de más casuística en los casos de Oligohidramnios tal como lo describe la literatura y también Cordova⁸ lo describe como el factor materno asociado de mayor impacto.

En este estudio el tipo de respuesta reactivo del test no estresante fue de 89.3% del total de casos algo similar se ve en el estudio de Puertas³ en el que su respuesta reactiva en ambos grupos fue alta de un 70.3% a un 87.5%. Esto nos estaría indicando que no hay una alteración significativa del test no estresante en esta patología.

Referente a la línea de base en este estudio, el 94.6% de los casos estudiados tuvo un patrón normal, la incidencia describe de que no hay tanta alteración de este parámetro en un test no estresante tal como lo menciona Puertas³ en su estudio.

Cuenca⁷ también en su estudio señala que en el 98.9% de los casos hubo un patrón normal de la línea de base.

La variabilidad fetal es un parámetro que se ve alterado en los casos de hipoxia fetal, y como lo menciona Valdes⁵ está siempre disminuida antes de la muerte por hipoxia y acidosis prolongada; en este estudio se encontró que en la mayor parte de los casos (51.8%) no hubo alteración de este parámetro, lo que coincide con Puertas³.

Por otra parte Cuenca⁷ señala en su estudio que un 85.6% tuvo un variabilidad moderada lo que difiere con el presente estudio en el que hubo un 41.1% de casos en los cuales se presentó una ligera alteración del patrón normal.

En cuanto a las aceleraciones y movimientos fetales, en el presente estudio no se presentó una alteración significativa lo que coincide con Cuenca⁷.

Las deceleraciones variables son la anomalía de la frecuencia cardíaca fetal más frecuentemente detectada en el parto, y están asociadas habitualmente a oligoamnios¹². La disminución de LA debida a un déficit en su formación, suele ser secundaria a una disfunción placentaria en la que el feto presenta limitaciones en su desarrollo y crecimiento, y con una posibilidad de respuesta más precaria ante las situaciones límite, en las que el feto es incapaz de colaborar adecuadamente en la dinámica de dicho líquido y, por tanto, en estos casos la conjunción de una disminución de la reserva funcional junto con las

interrupciones del flujo sanguíneo propician una situación en la que los fetos presentan una mayor propensión al compromiso metabólico³, en el presente estudio hubo una presencia del 17.9% de desaceleraciones variables lo que se acerca o se asemeja a lo que muestra Cuenca⁷ en su estudio.

En cuanto al tipo de parto podemos observar de que no hay diferencias entre las dos vías del parto siendo del 50% para ambas; no obstante la tasa de cesáreas sigue siendo alta y más aún podemos apreciar que del total de cesáreas el 78.57% fueron en el grupo de Oligohidramnios severo, como lo señala Balestena⁴: “En relación con el modo de nacimiento se observa que a pesar de que la mayoría fue eutócico, la cesárea se realizó en 98 pacientes, lo cual fue altamente significativo ($p < 0,001$)”.

Cabe señalar que en el total de los casos terminados en cesárea en el presente estudio todos fueron por el estado fetal indeterminado (sufrimiento fetal agudo, insuficiencia placentaria, taquicardia fetal, bradicardia fetal), que se presentó en el transcurso de los días de hospitalización, esto también es señalado por Balestena⁴: “El parto vaginal puede ser efectuado en la mayoría de las gestantes a quienes se les diagnostique un oligohidramnios, pero en esta afección es muy habitual que se efectúen manipulaciones instrumentadas o la realización de cesárea, ya que los fetos que sufren de oligohidramnios pueden mostrar signos de sufrimiento fetal y, por tanto, es necesario hacer la vía más rápida e idónea para el nacimiento.”

CAPITULO VII CONCLUSIONES

Se concluye de manera general de que el Oligohidramnios y el test no estresante no se relacionan estadísticamente para el presente estudio, a pesar de eso el ver que de los 56 casos estudiados, 7 tengan un test no reactivo, este un determinante no tranquilizador para el profesional obstetra.

Se concluye de manera específica de que la línea de base no se relaciona con el Oligohidramnios ($p = 0.981$), así como también los movimientos fetales ($p = 0.749$), las aceleraciones ($p = 0.183$) y desaceleraciones ($p = 0.078$).

En cambio la variabilidad y el Oligohidramnios si se relacionan estadísticamente ($p = 0.035$), a pesar de que el riesgo relativo sea negativo para la muestra.

También se concluyó de que existe 3.2 veces más posibilidades de que las pacientes con Oligohidramnios tengan un test no estresante No reactivo.

Por último se concluye que el Oligohidramnios es una patología que puede afectar al feto en su vida intrauterina en cualquier momento, y poner en peligro su integridad física e intelectual, es muy importante su adecuado e inmediato manejo para así poder disminuir las consecuencias desfavorables en el producto.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda en posteriores estudios realizar el estudio en una mayor población.
2. Se recomienda el uso estricto y rutinario del test no estresante en la práctica diaria ya que es una gran ayuda al quehacer obstétrico.
3. Se recomienda realizar estudios en relación al Oligohidramnios de inicio temprano ya que es una entidad muy compleja y de mal pronóstico en el recién nacido.
4. El test no estresante es una prueba de bienestar fetal que no concluye o determina en su totalidad el estado fetal, es una muy buena ayuda diagnóstica pero no concluyente, se recomienda el uso de las demás pruebas en conjunto para un abordaje más amplio y un diagnóstico más certero.
5. Se recomienda abordar más estudios en los temas de bienestar fetal en especial en el monitoreo fetal, ya que como profesionales obstetras debemos estar capacitados aptos para poder interpretar los resultados de esta prueba tan importante en nuestro quehacer diario.

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ávila Vargas-Machuca Jeannette. Boletín Epidemiológico N° 14. Dirección General de Epidemiología. 2013; 22.
2. Illa M., Figueras F.. Curso Intensivo en Medicina Maternofetal. Cursos Clinic de Formacion Continuada en Obstetricia y Ginecologia. 2012: 223
3. A. Puertas, M. E. López-Moreno, I. Pérez-Herrezuelo, S. Manzanares, F. Montoya y J.A. Miranda. Alteraciones del trazado de la frecuencia cardíaca fetal durante el parto en gestantes con Oligoamnios causado por rotura prematura de membranas. Clin Invest Gin Obst. 2005; 32(3): 116-21.
4. Balestena Sánchez, Jorge M.; Almeida García, Galia y Balestena Sánchez, Sonia G.. Resultados del oligohidramnios en el parto y el recién nacido: Análisis caso-control. Rev Cubana Obstet Ginecol [online]. 2005, vol.31, n.1, pp. 0-0. ISSN 1561-3062.
5. Valdes R. Enrique. Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(5): 411-419
6. Del Bianco-Abreu, Elsa et al. Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. Rev Obstet Ginecol Venez [online]. 2012, vol.72, n.4, pp. 227-232. ISSN 0048-7732.
7. Cuenca Cuenca, Elizabeth Mirsa Ana. Relación entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Lima - 2014. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú. 2015.
8. Córdova Vicerrel, Teresa De Jesús. Factores perinatales asociados a Oligohidramnios en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño - San Bartolomé en el periodo Junio 2010- Mayo 2011. Universidad Nacional de San Marcos. Lima – Perú. 2014.
9. Hauman Elera, José. “Monitoreo Electrónico Fetal CTG”. Perú 2010.
10. Díaz Cabello, Judith. “Resultados Perinatales con Relación a la Prueba no Estresante con Estimulación Vibroacústica en Gestantes del Hospital

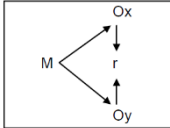
- Hipólito Unanue Lima en el Periodo de Enero a Diciembre 2001-2002". Huánuco – Perú 2002.
11. <http://www.patient.co.uk/showdoc/40000220>
 12. Comino Delgado y López García. Ginecología y Obstetricia. ed. Ariel. ISBN 84-344-3720-1; 2004: 199-201
 13. Comino Delgado y López García. Ginecología y Obstetricia. ed. Ariel. ISBN 84-344-3720-1; 2004: 199-200
 14. Elxarch Elisenda, Figueras Francesc. Guías Clínicas Medicina Fetal y Perinatal. Servei de Medicina Materno Fetal. ICGON. Hospital Clinic Barcelona. 2014.
 15. Cifuentes Borrero R. Obstetricia de alto Riesgo. Editorial Medica. Colombia. 2006; 6(1): 153-161
 16. Cifuentes Borrero R. Ginecología y Obstetricia basada en las nuevas evidencias. Editorial Medica. Colombia. 2009; 2: 130 -132.
 17. Carrera Macia J. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto. Salvat. España. 2008; 15: 632.
 18. Gleicher N. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana. E.E.U.U. 2000
 19. Úbeda Miranda J. Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal severa en el servicio labor y parto del HBCR. Periodo enero 2000 – diciembre 2001. Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital bertha Calderón Roque. Nicaragua. 2001.
 20. Juárez G, Karchmer K. Evaluación del Liquido Amniótico. Instituto Nacional de Perinatología. México. 1999; 21: 25.
 21. Vink J, Hickey K; Ghidini A, Deering S, Mora A, Poggi S. Predictores ecográficos tempranos en la evaluación de los resultados adversos neonatales en los prematuros adecuados a su feto en la edad gestacional con Oligohidramnios idiopática. Sociedad americana de Perinatología. E.E.U.U. 2009.

Bibliografía consultada

1. Hernandez, Fernandez y Baptista. Metodología de la Investigación. Colombia. 2006.
2. Hernandez, Fernandez y Baptista. Metodología de la Investigación. Colombia. 2010.
3. Munares, Oscar. Formulación de Proyectos de Investigación en Salud. Perú. 2006.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA							
“RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO A JUNIO 2015”							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	POBLACION Y MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS Y TECNICA	ESTADISTICA
¿Cuál es la relación entre el oligohidramnios y el test no estresante en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015?	<p>GENERAL: Determinar la relación entre el oligohidramnios y el Test no estresante en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio- 2015.</p> <p>ESPECIFICOS : -Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y la línea de base, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015. -Establecer la relación</p>	<p>HI: Existe una relación significativa entre el oligohidramnios y los resultados del Test no Estresante en el servicio de unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. Enero a Junio 2015.</p> <p>HO: No existe una relación significativa entre el oligohidramnios y los resultados del Test no Estresante en el servicio de</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE : OLIGOHIDRAMNIOS Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Severo <p>VARIABLE DEPENDIENTE : RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL TEST NO ESTRESANTE Dimensión: • LINEA DE BASE Indicador : 0 : <100 O >180 1: 100 -119 2: 120 a 160 Dimensión: • VARIABILIDAD Indicador: 0: <5 1:5 a 9 o >25</p>	<p>POBLACION: La población está constituida por todas las gestantes que son atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio del 2015.</p> <p>MUESTRA: Estará constituida por todas las gestantes a partir de las 30 semanas de gestación con diagnóstico de oligohidramnios a</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO: CORRELACIONAL CUANTITATIVO</p> <p>DISEÑO: NO EXPERIMENTAL DESCRIPTIVO CORRELACIONAL TRANSECCIONAL</p> <p>ESQUEMA:</p> 	<p>TECNICA: Observación Documental</p> <p>INSTRUMENTOS: Ficha de Recolección de Datos</p>	<p>Prueba estadística es el chi cuadrado.</p>

	<p>que existe entre el oligohidramnios y la variabilidad, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.</p> <p>-Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y los movimientos fetales, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.</p> <p>-Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y las aceleraciones, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.</p> <p>-Establecer la relación que existe entre el oligohidramnios y las desaceleraciones en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao de Enero a Junio 2015.</p>	<p>unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. Enero a Junio 2015</p>	<p>2: 10 a 25</p> <p>Dimensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACCELERACIONES <p>Indicador:</p> <p>0: 0 desaceleraciones. 1: esporádicas o periódicas 2: de 5 a mas</p> <p>Dimensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DESACELERACIONES <p>Indicador:</p> <p>0: Repetidas 1: Variables o alejadas 2: Ninguna</p> <p>Dimensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACTIVIDAD FETAL <p>Indicador:</p> <p>0: No hay 1: 1 a 4 movimientos 2: > 5 movimientos</p>	<p>quienes se les haya realizado el test no estresante y cumplan con los criterios de inclusión.</p>			
--	---	--	--	--	--	--	--



ANEXO 02
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN –HUANUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



‘RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION. ENERO A JUNIO 2015’

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha:

Ficha N°

N° Historia Clínica:.....

Características sociodemográficas de la madre:

Edad:.....

Estado civil:

Soltera Casada Conviviente Viuda

Grado de Instrucción:

Primaria Secundaria Superior

Características clínicas:

Edad Gestacional: Semanas

Paridad:

Primigesta Segundigesta Multigesta

Oligohidramnios:

Leve: Severo:

Diagnósticos clínicos:

RPM: SI NO

EHE: SI NO

RCIU: SI NO

OTROS: _____

Características del test no estresante

- Test no estresante:

Reactivo No reactivo

- Interpretación según Fisher

Fisiológico Patológico

- Línea de base:
 - A) <110 o >180 lpm
 - B) 111-119 o 161-179 lpm
 - C) 120 – 160 lpm
- Variabilidad:
 - A) <5
 - B) 5-10 o >25
 - C) 10 -25
- Movimientos fetales:
 - A) ausentes
 - B) 1 – 4
 - C) >5
- Aceleraciones:
 - A) ausentes
 - B) 1 -4
 - C) >5
- Desaceleraciones:
 - A) presentes
 - B) atípicas
 - C) ausentes
- Tipo de parto:

Vaginal Cesárea
- Estímulos:
 - A) Sonoro
 - B) Manual
 - C) EVA

ANEXO 03
RESOLUCION DE APROBACION DE EXCLUSIVIDAD DE TEMA Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"- HUÁNUCO
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 "Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"



RESOLUCIÓN N° 0243-2015-D-FOBST-UNHEVAL

Huánuco, 17 de noviembre del 2015.

VISTO:

La solicitud presentada por el alumno MANTILLA ESTELA Anthony Kenyi donde solicita Resolución de Exclusividad de Tema;

CONSIDERANDO:

Que, el alumno de la Facultad de Obstetricia **MANTILLA ESTELA Anthony Kenyi**, solicita nombramiento del Asesor y la exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "RELACION ENTRE OLIGOHIDRAMINIOS Y LOS RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO-LIMA ENERO A JUNIO 2015", elaborado durante el curso de Seminario de Tesis;

Que, con Proveído N° 035-2015-D-IIFO el Instituto de Investigación, indica que he hecho la verificación del tema del Proyecto de Investigación titulado: "RELACION ENTRE OLIGOHIDRAMINIOS Y LOS RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO-LIMA ENERO A JUNIO 2015", se da por aceptado para su ejecución y queda registrado como exclusividad;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que la Mg. Yola Espinoza Tarazona ha presentado la constancia de aceptación para el asesoramiento del Proyecto de Investigación titulado: "RELACION ENTRE OLIGOHIDRAMINIOS Y LOS RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO-LIMA ENERO A JUNIO 2015", del alumno MANTILLA ESTELA Anthony Kenyi ;

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 053-2013-UNHEVAL-CU de fecha 16 de enero del 2013;

SE RESUELVE:

- 1º **APROBAR** como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "RELACION ENTRE OLIGOHIDRAMINIOS Y LOS RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO-LIMA ENERO A JUNIO 2015", del alumno MANTILLA ESTELA Anthony Kenyi y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2º **NOMBRAR** a la Mg. Yola Espinoza Tarazona, **Asesora** del alumno **MANTILLA ESTELA Anthony Kenyi**; para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.
- 3º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

 Mg. Digna A. Marriague de Lara Suarez
 DECANA

EL OBSTETRICIA
 INTERESADOS

ANEXO 04

RESOLUCION DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 184-2016-UNHEVAL/FOBST-DI.

Huánuco, 04 de julio de 2016.

VISTO:

La Solicitud N° 0305476, de fecha 23.JUN.2016, presentado por el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que, con Solicitud N° 0305476, de fecha 23.JUN.2016, el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia, solicita modificación de la Resolución N° 0271-2015-UNHEVAL-FOBST-D, de fecha 04.DIC.2015, en cuanto a la determinación de la Comisión Revisora Ad Hoc del proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO – JUNIO 2015", en la que se menciona al Mg. Victor Quispe Sulca en lugar de la Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suárez;

Que, en el expediente de la Resolución N° 0271-2015-UNHEVAL-FOBST-D, de fecha 04.DIC.2015, se encuentra adjunto el Informe N° 005-DMDLS-JD-FAC-OBST-2015, del 15.DIC.2015, de la Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suárez, Comisión Revisora Ad hoc, informando sobre la conformidad del proyecto de tesis presentado por el alumno MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi;

Que, con Informe N° 02-DA-FO-HNHVM-16, de fecha 27.JUN.2016, el Obsta. Carlos Antonio Carrillo y Espinoza, informa que cumplió con presentar el Informe S/N de conformidad del proyecto de tesis en su oportunidad (...); afirmando que el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi cumplió con levantar las observaciones al proyecto de tesis; proyecto que se encontraba en condiciones de ser ejecutado;

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana Interina de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 0002-2016-UNHEVAL-RI., de fecha 07 marzo de 2016;

SE RESUELVE:

- 1º **MODIFICAR** en parte, el considerando de la Resolución N° 0271-2015-UNHEVAL-FOBST-D, de fecha 04.DIC.2015, en relación al Informe de conformidad del proyecto de tesis, correspondiendo la consideración del Informe N° 005-DMDLS-JD-FAC-OBST-2015, del 15.DIC.2015, de la Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suárez, Miembro de la Comisión Revisora Ad Hoc del proyecto de tesis titulado: "**RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO – JUNIO 2015**", del Bachiller **MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi**, de la Facultad de Obstetricia; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y al interesado.



Dra. Mary Luisa Maque Ponce
DECANA INTERINA

Regístrese, comuníquese y archívese.

DISTRIBUCIÓN:

DIIFO
Interesado
Asesora
Archivo

ANEXO 05 JUICIO DE EXPERTOS ESPECIALISTA 1



ANEXO 04

FICHA DE VALDEZ – JUICIO DE EXPERTOS DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS



TITULO DEL PROYECTO: “RELACIÓN ENTRE EL OLIGOAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION. ENERO A JUNIO 2015”

I. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL EXPERTO: Dr. Lauro Tapia Silva

ESPECIALIDAD: Gineco Obstetra

INSTRUMENTOS: Ficha de Recolección de Datos

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE EL EXPERTO: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao

FECHA: 02/12/2015


II. APRECIACION DEL EXPERTO

N°	INDICADORES	CRITERIOS	D 0-20 %	R 21-40 %	B 41-60 %	MB 61-80 %	E 81-100 %
1	Claridad	Las preguntas están formuladas con terminología clara, sencilla y precisa.					X
2	Objetividad	El instrumento responde a los objetivos del problema.					X
3	Actualidad	Las preguntas están formuladas con terminología actualizada.					X
4	Organización	La estructura del instrumento tiene una organización lógica y secuencial.					X
5	Suficiencia	El instrumento es suficiente en calidad y cantidad.					X
6	Intencionalidad	El instrumento brinda conocimientos sobre el proceso.					X
7	Consistencia	El instrumento está basado es aspectos teóricos y científicos.					X
8	Coherencia	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.					X
9	Metodología	Las estrategias empleadas son específicas y adecuadas.					X

D: DEFICIENTE R: REGULAR B: BUENO MB: MUY BUENO E: EXCELENTE

III. DECISION DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado, reúne los requisitos de validez: SI (X) NO ()


LAURO M. TAPIA SILVA
 GINECOLOGIA
 MP 50822 RNE 18258

FIRMA

ANEXO 06 JUICIO DE EXPERTOS ESPECIALISTA 2



ANEXO 04

FICHA DE VALDEZ – JUICIO DE EXPERTOS DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS



TITULO DEL PROYECTO: “RELACIÓN ENTRE EL OLIGOAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION. ENERO A JUNIO 2015”

I. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL EXPERTO: Lic. Maria Luisa Arias Flores

ESPECIALIDAD: Licenciada en Obstetricia

INSTRUMENTOS: Ficha de Recolección de Datos

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE EL EXPERTO: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao

FECHA: 02/12/2015

II. APRECIACION DEL EXPERTO

Nº	INDICADORES	CRITERIOS	D 0-20 %	R 21-40 %	B 41-60 %	MB 61-80 %	E 81-100 %
1	Claridad	Las preguntas están formuladas con terminología clara, sencilla y precisa.					X
2	Objetividad	El instrumento responde a los objetivos del problema.					X
3	Actualidad	Las preguntas están formuladas con terminología actualizada.					X
4	Organización	La estructura del instrumento tiene una organización lógica y secuencial.					X
5	Suficiencia	El instrumento es suficiente en calidad y cantidad.					X
6	Intencionalidad	El instrumento brinda conocimientos sobre el proceso.					X
7	Consistencia	El instrumento está basado es aspectos teóricos y científicos.					X
8	Coherencia	El instrumento responde a la operacionalización de las variables.					X
9	Metodología	Las estrategias empleadas son específicas y adecuadas.					X

D: DEFICIENTE R: REGULAR B: BUENO MB: MUY BUENO E: EXCELENTE

III. DECISION DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado, reúne los requisitos de validez: SI (X) NO ()



 OBSTETRA
 C.O.P. 8278

FIRMA

ANEXO 07
MEMORANDUM DE AUTORIZACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
POR EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL A. CARRION



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
 "Decenio De Las Personas Con Discapacidad en El Perú"
 "Año de la Consolidación del Mar de Grau"



Callao, 27 ENE 2016

OFICIO N° 259 -2016/DG-OADI-HNDAC.

Señor:
ANTHONY KENYI MANTILLA ESTELA
 Interno de Obstetricia 2015
 Sede docente HNDAC
 Escuela Académico Profesional de Obstetricia
 Facultad de Obstetricia
 UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO.
Presente.-

ASUNTO : Autorización de Proyecto de Investigación
 REF: 1) Exp. 5766-2015. TD. 42621-2015
 2) MEMORANDUM N° 008-2016-CIEI-OADI-HNDAC.

De mi mayor consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, saludándole cordialmente y en atención a los documentos de la referencia, mediante el cual solicita la aprobación para realizar el Proyecto de Trabajo de Investigación para optar el Título de Obstetra, Titulado: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE, HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO. ENERO – JUNIO 2015". **EVALUADO y APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, no habiéndose encontrado objeciones en dicha Investigación de acuerdo a los estándares nacionales aceptados por nuestro Comité, la versión aprobada se encuentra en los archivos de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, y que se ejecutará bajo la responsabilidad del Tesista.

En tal sentido, la Dirección General contando con la opinión Técnica favorable del Comité Institucional de Ética en Investigación, da la **AUTORIZACIÓN** para la ejecución del Proyecto de Investigación en mención.

Sin otro particular, le manifiesto los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

MADA/VJ/IK/CABA/mvs
 C.c. OADI
 Archivo

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

 Dra. María Elena Aguilar Del Aguila
 CMP 024612 RNE 011809
 DIRECTORA GENERAL

"75 Años Bodas de Brillantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrion del Callao"

www.hndac.gob.pe

Av. Guardia Chalaca N° 2176
 Bellavista – Callao
 Teléfono 614 7474
 Anexos : 3303-3312

ANEXO 08

RESOLUCION DE DICTAMINADORES DE JURADO DE TESIS



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 185-2016-UNHEVAL/FOBST-DI.

Huánuco, 04 de julio de 2016.

VISTO:

La Resolución N° 184-2016-UNHEVAL/FOBST-DI, de fecha 04.JUL.2016;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 0271-2015-UNHEVAL-FOBST-D, de fecha 04.DIC.2015, se aprueba el proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIO Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO - JUNIO 2015", del Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia;

Que, con Resolución N° 0165-2016-UNHEVAL/FOBST-DI., de fecha 20.JUN.2016, en su primer numeral se resuelve:

1° DESIGNAR, los dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIO Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO - JUNIO 2015", presentado por el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia, debiendo el jurado estar integrado de la manera siguiente:

PRESIDENTE	:	Mg. Víctor Quispe Sulca
SECRETARIA	:	Mg. Clara Fernández Picón
VOCAL	:	Obsta. Carlos Antonio Carrillo y Espinoza
ACCESITARIO	:	Mg. León Rocano Rojas

Que, con Resolución N° 184-2016-UNHEVAL/FOBST-DI., de fecha 04.JUL.2016, se modifica en parte, el considerando de la Resolución N° 0271-2015-UNHEVAL-FOBST-D, de fecha 04.DIC.2015, en relación al Informe de conformidad del proyecto de tesis, correspondiendo la consideración del Informe N° 005-DMDS-JD-FAC-OBST-2015, del 15.DIC.2015, de la Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suárez, Miembro de la Comisión Revisora Ad Hoc del proyecto de tesis titulado: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIO Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO - JUNIO 2015", del Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia; por lo expuesto en los considerandos de dicha Resolución;

Que, con Formato Único de Trámite N° 0305223, de fecha 16.JUN.2016, el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia, solicita designación de Jurado de Tesis para revisión del Borrador de Tesis; quien ha culminado con la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIO Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO - JUNIO 2015", bajo el asesoramiento de la Mg. Yola Espinoza Tarazona, quien con Informe N° 011-YET-DATC-FAC-OBST-UNHEVAL-2016, de fecha 16.JUN.2016, comunica la culminación de la elaboración del Borrador de Tesis y que cumple con los estándares exigidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia de la UNHEVAL y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis;

Que, en el Art. 19° del Reglamento Interno de Grados y Títulos de la Facultad indica "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis con el visto bueno de su Asesor y obteniendo el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de trámite, se designe el Jurado de Tesis...". Art. 20° dice: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, en coordinación con el Jefe de Departamento Académico y en ausencia con el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, en la que debe ser integrado por cuatro (04) profesores ordinarios, tres (03) serán titulares y un (01) accesorio...";

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana Interina de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 0002-2016-UNHEVAL-RI., de fecha 07 marzo de 2016;

Av. Universitaria N° 601-607 -Cayhuayna-Telef 591077



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



...//RESOLUCIÓN N° 185-2016-UNHEVAL/FOBST-DI.

SE RESUELVE:

1° **ANULAR** la RESOLUCIÓN N° 165-2016-UNHEVAL/FOBST-DI., de fecha 20.JUN.2016; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

2° **DESIGNAR**, los dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIO Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO - JUNIO 2015", presentado por el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia, debiendo el jurado estar integrado de la manera siguiente:

PRESIDENTA	:	Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suárez
SECRETARIA	:	Mg. Clara Fernández Picón
VOCAL	:	Obsta. Carlos Antonio Carrillo y Espinoza
ACCESITARIO	:	Mg. León Rocano Rojas

3° **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.



 Mary Luisa Maque Ponce
 DECANA INTERINA

Distribución:
Jurados
Asesora
Interesado
Archivo

ANEXO 09

RESOLUCION DE FECHA, HORA Y LUGAR DE SUSTENTACION



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 202-2016-UNHEVAL/FOBST-DI.

Huánuco, 26 de julio de 2016.

VISTO:

La Solicitud N° 0307575, del 20.JUL.2016, presentado por el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia, mediante el cual solicita fijar fecha, hora y lugar para sustentación, en la cual adjuntan los Informes de Tesis;

CONSIDERANDO:

Que, el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi, de la Facultad de Obstetricia, solicita fijar fecha, hora y lugar para la Sustentación de su tesis: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO – JUNIO 2015";

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informan que se encuentra APTA para ser sustentado dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en el Capítulo IV, de la Modalidad de Tesis, en su art. 27° dice : "Una vez completado el jurado de tesis señalar día, hora y lugar de la sustentación...", y;

Estando a las atribuciones conferidas al Decano Interino de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 003-2016-UNHEVAL-RI., de fecha 20 de julio de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **FIJAR fecha, hora y lugar** de sustentación de la tesis Titulado: "**RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO – JUNIO 2015**", presentado por el Bachiller **MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi**, de la Facultad de Obstetricia; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
DÍA : MIÉRCOLES 27 DE JULIO DE 2016
HORA : 09:00 a.m.
LUGAR : Aula N° 301 del Pabellón III
- 2° **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrado por los siguientes docentes:

- Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suárez	Presidenta
- Mg. Clara Fernández Picón	Secretaria
- Obsta. Carlos Antonio Carrillo y Espinoza	Vocal
- Mg. León Rocano Rojas	Accesitario
- 3° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Mg. Víctor Quispe Sulca
DECANO INTERINO

DISTRIBUCIÓN:

Jurados
CGyT FObst.
Interesado
Archivo

ANEXO 10 ACTA DE SUSTENTACION



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 27 días del mes de Julio del 2016 siendo las 09:30 Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en el aula 301, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "RELACIÓN ENTRE EL OLIGOHIDRAMNIOS Y LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION DEL CALLAO. ENERO – JUNIO 2015", presentado por el Bachiller MANTILLA ESTELA, Anthony Kenyi para obtener el TÍTULO DE OBSTETRA, estando integrado por los siguientes docentes:

- | | |
|--|------------|
| - Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suárez | Presidenta |
| - Obsta. Carlos Antonio Carrillo y Espinoza | Secretario |
| - Mg. Antonia Esmila Jerí Guerra | Vocal |

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 Papeleta (S) APROBADOS
 Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 18 y cualitativa de: very bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.



 Mg. Digna A. Manrique De Lara Suárez
PRESIDENTA



 Obsta. Carlos A. Carrillo y Espinoza
SECRETARIO



 Mg. Antonia Esmila Jerí Guerra
VOCAL

C.c.
Archivo