

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

ESCUELA DE POSTGRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO
REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER.
HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA- DE JULIO A
DICIEMBRE 2014**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MONITOREO FETAL Y DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EN
OBSTETRICIA:**

AUTORA: Obst. CECILIA ALBORNOZ ROMERO

ASESORA: Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA

**HUANUCO - PERÚ
2015**

**“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO
REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER.
HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA- DE JULIO A
DICIEMBRE 2014”**

AGRADECIMIENTO

Con todo mi cariño y amor a las personas que hicieron posible que lograra una nueva meta, a mis padres, hermanos, esposo, hijo y suegros por motivarme y darme la mano cuando sentía flaquear, a ustedes por siempre mi corazón y agradecimiento.

C.A.R.

INDICE

	Pags.
AGRADECIMIENTOS	i
INDICE	ii
RESUMEN	iv
SUMMARY	vi
INTRODUCCION	viii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Fundamentación del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	3
1.2.1. General	3
1.2.2. Específicos	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. General	5
1.3.2. Específicos	5
1.4. Justificación e Importancia	6
1.5. Limitaciones	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.1.1. Internacionales	7
2.1.2. Nacionales	10
2.1.3. Locales	14
2.2. Bases Teóricas	14
2.3. Definición de Términos Básicos	19
III. ASPECTOS OPERACIONALES	27
3.1. Hipótesis: General y Específicas	27
3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores	28
IV. MARCO METODOLÓGICO	31
4.1. Dimensión Espacial y Temporal	31
4.2. Tipo de Investigación	31
4.3. Diseño de Investigación	31

4.4. Determinación del Universo/Población	31
4.5. Selección de la Muestra	31
4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	32
4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de Datos	32
V. RESULTADOS	33
VI. DISCUSION	53
VII. CONCLUSIONES	56
VIII. RECOMENDACIONES	57
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	58
ANEXOS	59

RESUMEN

La presente Investigación tuvo como objetivo estudiar al Test no estresante No reactivo y relacionarla con el Test de Apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos, para poder fortalecer la vigilancia fetal ante parto y poder detectar precozmente el compromiso fetal. El tipo de estudio que se empleó fue descriptivo, correlacional, retrospectivo, transversal, no experimental. La muestra contó con 27 gestantes a término, con NST No reactivo. Que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, Según los resultados de la presente investigación, el puntaje del Apgar al nacer no tuvo relación directa con el NST No reactivo, el 77.8% de recién nacidos presentaron un puntaje de Apgar 8 al minuto, y un 22% de recién nacidos un puntaje de Apgar de 7 al minuto, el 100% de recién nacidos presentaron un puntaje de Apgar 9 a los 5 minutos, el 74% de gestantes tuvieron su parto por cesárea. Según la contratación de la hipótesis se llegó al resultado siguiente $X^2 = 49 > 5.99$ de esta manera aceptándose la hipótesis de investigación donde afirma: La relación que existe entre los Test No Estresante No Reactivo y el Puntaje de Apgar al nacer es discordante. Según los resultados se puede afirmar que los resultados del NST No Reactivo, no es concluyente para afirmar compromiso fetal y decidir la terminación inmediata del embarazo.

Palabras Clave: Test no estresante, vigilancia fetal, trazados cardiotocográficos, Apgar.

SUMMARY

The present research aimed to study the non-reactive non stressful Test and relate the Apgar Test of the newborn to the minute and five minutes, in order to strengthen the fetal monitoring before labor and be able to detect early fetal compromise. The type of study that was used was descriptive, correlational, retrospective, transverse, non-experimental. The sample included 27 pregnant women at term with non reactive NST. That met the criteria of inclusion and exclusion, according to the results of the present investigation, the score of the Apgar score at birth had no direct relationship with the non-reactive NST, 77.8% of newborns presented a score of Apgar score 8 per minute, and 22% of newborns a 7 minute Apgar score, 100% of newborns showed a 9 Apgar score at 5 minutes 74% of pregnant women had their delivery by caesarean section. According to the recruitment of the hypothesis $X^2 = 49$ came to the following result > 5.99 thus accepting the hypothesis of research where it stated: the relationship between the Test not stressful Nonreactive and the Apgar score at birth is jarring. According to the results, it can be said that the results of non reactive NST, is not conclusive to say fetal compromise and decide the immediate termination of the pregnancy.

Key words: Not stressful Test, fetal surveillance, paths cardiotocograficos, Apgar.

INTRODUCCION

Actualmente contamos con una serie de métodos tanto biofísicos como bioquímicos muy avanzados, herramientas perinatales muy valiosas por medio de las cuales, podemos lograr el objetivo principal del monitoreo anteparto, que es realizar el diagnóstico de bienestar fetal y a través de este disminuir la morbimortalidad perinatal, asegurar el adecuado funcionamiento de la unidad feto-placentaria y brindar seguridad a la madre sobre la calidad del producto de gestación.

Métodos de gran valor como Perfil biofísico fetal, Ecografía Doppler, Gasometría fetal, etc, tienen un costo, no siempre al alcance de nuestra población.

Es así que en nuestra realidad, en la mayoría de los hospitales se utiliza El Monitoreo Electrónico Fetal, Test No estresante (NST) y Test Estresante (TST), el primero y más usado es un método sencillo, de bajo costo, de fácil interpretación, se puede repetir cuantas veces sea necesario y no tiene contraindicaciones, mas no siempre un NST puede indicar que es necesario realizar un parto de emergencia o por cesárea. Un tipo normal de monitoreo fetal puede mostrar un valor predictivo de 99.7% para una puntuación APGAR de 7 o más, en tanto que uno anormal brinda una predicción positiva de 50% para un Apgar menor a 7, incluso los patrones ominosos suelen vincularse con un valor predictivo positivo de sólo 50 a 65% de puntuaciones APGAR muy bajas (1)

En el presente estudio se busca obtener la relación que existe entre el NST No Reactivo y el puntaje de Apgar al nacer., la información se obtuvo de las

registros de Monitoreo fetal, registros del servicio de Neonatología, e historias clínicas de las gestantes que calificaban, se analizaron los trazados cardiotocográficos y se relacionaron con el puntaje de Apgar al minuto y a los cinco minutos de nacimiento del producto. El índice de Apgar, como método de evaluación neonatal, puede ser correlacionado con el NST reactivo, para así conocer el pronóstico de bienestar fetal del NST (2). Según los resultados se puede afirmar que los resultados del NST No Reactivo, no son concluyente para afirmar compromiso fetal y decidir la terminación inmediata del embarazo, Finalmente el presente trabajo de investigación consta de I. Introducción, II. Planteamiento del Problema, III. Objetivos, IV. Marco Teórico, VI. Hipótesis y sistema de Variables, VII. Marco Metodológico, VIII. Resultados, IX. Discusión X. Conclusiones, y XI. Recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación Del Problema

Actualmente contamos con métodos de control anteparto biofísicos y bioquímicos muy avanzados, para valorar el estado de bienestar fetal, por medio de los éstos podemos lograr el objetivo principal del monitoreo del feto, que es realizar el diagnóstico del bienestar fetal y a través de éstos disminuir la morbimortalidad perinatal, asegurar el adecuado funcionamiento del Sistema Nervioso Central fetal y de la unidad fetoplacentaria y brindar seguridad a la madre sobre el producto de la gestación.

Las pruebas más utilizadas son: la cardiotocografía fetal de reposo, más comúnmente denominada con el anglicismo de “monitoreo fetal no estresante” (MFNE) o Test No Estresante (NST) o como la prueba de Pose (por el promotor inicial) (Caldeyro-Barcia, 1970), la cardiotocografía fetal con inducción de contracciones o “monitoreo fetal estresante (MFE) o TST (Test Estresante), el perfil biofísico fetal (PBF) con sus diferentes modalidades y la percepción de movimientos fetales (MF) por parte de la madre. (3)

La prueba TNS se basa en la capacidad que tiene el corazón de un feto sin acidosis de acelerar la frecuencia cardíaca fetal significativamente ante la presencia de movimientos fetales. Esta reacción del feto o reactividad, indica que la función fetal

autonómica está intacta, y la pérdida de la misma está asociada a sueño fetal y a depresión del sistema nervioso central como la que ocurre en los casos de acidosis fetal (Parer, 1994). (3)

Se han utilizado varios criterios para su interpretación; sin embargo, el empleado con más frecuencia y aceptado por su sencillez y eficacia, es el que considera que la prueba es reactiva cuando ocurren dos o más aceleraciones de más de 15 latidos por minuto por más de 15 segundos, en un trazado de 30 minutos o menos. La prueba se considera no reactiva, cuando no se observan aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal en un período de más de 30 minutos de trazado de reposo o cuando no se observa aceleración alguna después de la Estimulación Vibroacústica (Schifrin et al, 1979). (3)

El Test No Estresante es una prueba rápida, económica, inocua, no invasiva, sencilla, que no requiere infusión de oxitocina, de fácil interpretación, no presenta contraindicaciones y puede repetirse cuantas veces sea necesario y tiene una buena correlación con otras pruebas de bienestar fetal. (4)

Un Test No estresante no siempre puede indicar que es necesario realizar un parto de emergencia o por cesárea.

Actualmente, contamos con otras pruebas más complejas y de valor excepcional, como la ecografía doppler, El Perfil biofísico fetal, pero en nuestra realidad son muy costosos y consume

tiempo; motivo por el cual, se utiliza el NST, que se registra en forma continua, siendo económico, no invasor, y de resultado inmediato. Usado muy ampliamente en la mayoría de hospitales de nuestro país.

Ante esta realidad surge el presente estudio debido a la necesidad de fortalecer la vigilancia fetal antes del parto para poder detectar precozmente el compromiso del bienestar fetal, tomar acciones correctivas y contribuir a disminuir la morbilidad perinatal.

El Test no Estresante tiene alta especificidad 90 % y baja sensibilidad 50%.

Se han realizado estudios que relacionan las variables del Test No Estresante con el puntaje de Apgar el cual constituye un rápido método de evaluación clínica del niño al nacer. El Apgar valora: frecuencia cardíaca fetal (FCF), esfuerzo respiratorio, irritabilidad refleja, tono y color y está asociada con grados variables de asfixia, por lo que un Apgar bajo puede estar presente en niños sin asfixia pero prematuros, con depresión farmacológica y malformaciones. (Morett 1998). (5)

1.2. Formulación Del Problema

1.2.1. Problema General

¿Qué relación existe entre el Test No Estresante No Reactivo y Puntaje de Apgar al Nacer en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014?

1.2.2 Problemas Específicos

- ❖ ¿Cuál es la valoración de los resultados de la Línea de Base, la variabilidad, los movimientos fetales, las aceleraciones y las desaceleraciones en los Test no Estresantes No Reactivos, Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014?
- ❖ ¿Cuál es el puntaje de Apgar al nacer al minuto y a los cinco minutos, en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014?
- ❖ ¿Cuál es la relación que existe entre la Línea de Base, la Variabilidad, los movimientos fetales, las aceleraciones y desaceleraciones en los en los Test no Estresantes No Reactivos, y el Puntaje de Apgar al Nacer, en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014?
- ❖ ¿Cuál es la vía de culminación del parto, de las gestantes con Test No estresante No reactivos en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el Test No Estresante No Reactivo y el Puntaje de Apgar al nacer en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ❖ Valorar los resultados de la línea de base, la variabilidad, los movimientos fetales, las aceleraciones y las desaceleraciones en los Test No Estresantes No Reactivos en el Hospital San José de Chíncha de julio a diciembre 2014.
- ❖ Determinar el puntaje de apgar al nacer, al minuto y a los cinco minutos, en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014.
- ❖ Reconocer la relación que existe entre la Línea de Base, la Variabilidad , los Movimientos Fetales, las Aceleraciones y Desaceleraciones en los Test No Estresantes No Reactivos y el Puntaje de Apgar al Nacer, en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014
- ❖ Determinar la vía de evacuación del Parto, de las gestantes con NST No reactivos, en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014.

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación.

El realizar el estudio de la relación entre test no estresante y Test de Apgar del recién nacido, nos va permitir fortalecer la vigilancia fetal ante parto, para poder detectar precozmente el compromiso del bienestar fetal y tomar conductas en función de los resultados, y así contribuir a la disminución de la morbimortalidad perinatal.

Se utilizó el monitoreo fetal como prueba de detección de sufrimiento fetal anteparto y con este estudio se trató de demostrar que un NST no es un único instrumento se requiere de otras pruebas complementarias, como la estimulación vibroacústica, la oximetría de pulso, un Perfil Biofísico Fetal, etc.

La evaluación del estado fetal, ha conllevado al uso de tecnologías cada vez más complejas, para facilitar la detección oportuna de sufrimiento fetal, y así poder liberar al feto del medio hostil en el que puede encontrarse. La monitorización del Ph sanguíneo fetal, requiere de un cuello uterino dilatado, Y membranas ovulares rotas (12). El perfil biofísico fetal, es costoso y consume tiempo; motivo por el cual, se utiliza el NST, que se registra en forma continua, la frecuencia cardíaca-fetal, la contractilidad uterina, y los movimientos fetales, a través del cardiotocógrafo siendo económico, no invasor, y de resultado inmediato (13), se basa en la premisa que un feto normal, oxigenado, exhibirá aceleración cardíaca ante cualquier estímulo,

o a sus movimientos, aunque en fetos menores de 32 semanas de gestación, la inmadurez neuromotora puede impedirle esta reacción (13).

El índice de Apgar, como método de evaluación neonatal, puede ser correlacionado con el NST reactivo y No Reactivo, para así conocer el pronóstico de bienestar fetal del NST (14).

1.5. Limitaciones

Se contó con el apoyo del personal administrativo, para la recolección de datos y manejo de las historias clínicas. Y por ser un trabajo no experimental los costos estuvieron al alcance.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

- Calvo F, Dinarco C, Medina F, En el estudio titulado “Correlación Test No Estresante-Apgar Como Pronóstico de Bienestar Fetal en Primigestas Hipertensas”, Concluyeron : Se estudiaron 50 pacientes primigestas hipertensas, de 34 o más semanas de gestación, quienes presentaron el Test No Estresante (NST) reactivo. Se les correlacionó con el índice de Apgar al minuto 5 y minutos de vida del recién nacido (RN). Este estudio fue realizado en el lapso de Julio a Diciembre de 1993, en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central "Antonio María Pineda". El índice de Apgar valorado al minuto con 7 puntos o más, correspondió a 47 RN (94 por ciento), sólo 3 casos (6 por ciento), fueron menores de 7 puntos. Valorado a los 5 minutos, con 7 puntos o más, fue la totalidad (100 por ciento). Estos resultados evidencian que el NST reactivo, pronostica buen estado de salud fetal y determina un valor predictivo-negativo del 100 por ciento.
- Dra. Goyo Arellano, N. en su estudio titulado “Correlación del Test de Oxitocina, Vía de evacuación y Apgar en

Pacientes Obstétricas a Término con Test No Estresante No Reactivo que acudieron al Hospital Central Dr. Antonio María Pineda, en el lapso de julio 2001 a julio 2002” Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado”

Concluyó : La proporción de Test Estresantes Positivos, que vienen a representar los verdaderos positivos de NST, resultó ser relativamente baja (12,82%), aun así es recomendable que se practique el Test de Oxitocina para verificar los resultados antes de decidir la vía de evacuación. Ya que entre el 2 y el 23%, no puede tomarse el NST No Reactivo como base sólida para decidir la vía de evacuación de la paciente.

En el presente estudio el Apgar no tiene relación directa con el Test de Oxitocina, ni con el Test Estresante, sino más bien con la conducta obstétrica que se asume ante los resultados de dichas pruebas.

Es importante destacar que dado los valores de Apgar al minuto y a los 5 minutos fueron en su mayoría 8 y 9 puntos respectivamente, las decisiones de llevar a cabo cesárea o parto vaginal fueron adecuadas, y que el índice de niños con asfixia neonatal fue sumamente bajo (2.56% del total de la muestra). Puede presumirse que el neonato que tuvo valores de 5 y 6 puntos, habiendo nacido por vía alta,

podrían haberse complicado aún más o incluso muerto, de haber nacido por vía vaginal.

- Rodríguez-Vega E, Escudero A, Rodríguez-Suárez M.J, Suárez-Noval M.T, en el estudio titulado “Monitorización antenatal rutinaria en gestantes de bajo riesgo obstétrico” Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central de Asturias. Centro Universitario. Oviedo. España Nov 2000. **Concluyeron:** Que, la monitorización fetal no estresante resulta innecesaria en embarazos de bajo riesgo obstétrico antes de la semana 40 de gestación, ya que no aporta beneficios en la valoración del estado del bienestar fetal. Ante la falta de estudios correctamente diseñados, y debido a las características de inocuidad del test basal, seguimos practicándolo de forma rutinaria a partir de las 40 semanas, ya que es cuando comenzamos a detectar registros no reactivos.

2.1.2 Nacionales

- Valdivia Huamán, Amy Kassush, en el estudio titulado “Eficacia del monitoreo electrónico anteparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal-Instituto Nacional Materno Perinatal-2013” Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ, Obtuvieron los

siguientes Resultados basado en los resultados del Apgar y del líquido amniótico, concluyeron que el monitoreo electrónico anteparto positivo para diagnóstico de sufrimiento fetal, resulta ser eficaz para establecer un Apgar menor a 7; así mismo, el monitoreo electrónico fetal negativo para diagnóstico de sufrimiento fetal resulta ser eficaz para establecer un Apgar mayor o igual a 7.

- Galarza López, C.L. En su estudio “Hallazgos Cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 2009 – 2010”. Obtuvo los siguientes resultados cardiotocográficos :

Resultados de la prueba: 68 de los T ST (Test estresante) y 10 de los NST (Test no estresante) representaron un buen estado fetal al ser TST Negativo Reactivo y Test No Estresante con Fetos Activos Reactivos respectivamente.

Estado fetal: 75,7% tuvieron un estado fetal fisiológico y el 24,3% estado fetal dudoso.

Las principales características de los resultados neonatales fueron:

El líquido amniótico fue claro en 73,8% de los embarazos.

En el 87,4% tuvieron una cantidad de líquido amniótico normal, y sólo se presentó un caso de líquido amniótico disminuido.

70.9% de los recién nacidos tuvieron peso adecuado para su edad gestacional.

98,1% de los niños tuvieron Apgar mayor a 7 al 1' y a los 5', sólo 1 caso presentó Apgar entre 1 – 3, que se recuperó a los 5'.

2.1.3. Locales: No se encontraron datos.

2.2. Bases Teóricas.

Test No Estresante (NST)

El Test No Estresante, se basa desde el punto de vista fisiopatológico, en la presencia de un marcapaso auricular autorrítmico igual al del adulto. En condiciones normales, la frecuencia cardíaca fetal (FCF) está aumentada o disminuida, en la relación latido a latido, por la influencia de impulsos provenientes del sistema nervioso autónomo simpático-parasimpático originados en el tallo cerebral. La prueba de MFNE se basa en la capacidad que tiene el corazón de un feto sin acidosis de acelerar la FCF significativamente ante la presencia de movimientos fetales. Esta reacción del feto o reactividad, indica que la función fetal autonómica está intacta, y la pérdida de la

misma está asociada a sueño fetal y a depresión del sistema nervioso central como la que ocurre en los casos de acidosis fetal (3)

Técnica. La paciente no debe estar en ayunas ni haber fumado porque se puede alterar el resultado. En posición semisentada o decúbito lateral, se registra la FCF con un transductor de ultrasonido Doppler aplicado sobre el abdomen materno en el sitio en donde mejor se perciba el foco fetal (Graca et al, 1991). El trazado se debe observar hasta que la prueba sea reactiva o se hayan cumplido por lo menos 30 minutos desde el inicio de la misma, para ser catalogada como no reactiva (Evertson et al, 1979). (3)

Con la estimulación vibroacústica (EVA) se logra la inducción de aceleraciones de la FCF y se reduce la posibilidad de que la ausencia de las mismas se deba a sueño fetal y no a compromiso de la oxigenación, con lo que se disminuye considerablemente la frecuencia de interpretaciones de pruebas no reactivas. Por otro lado, permite que la duración de la prueba se acorte significativamente. (3)

El uso de EVA en la prueba de MFNE ha demostrado que no compromete la detección del feto con acidosis y para el feto es segura a largo plazo desde el punto de vista auditivo y neurológico (Smith et al, 1988; Clark et al, 1989). (3)

Interpretación. Se han utilizado varios criterios para su interpretación; sin embargo, el empleado con más frecuencia y aceptado por su sencillez y eficacia, es el que considera que la prueba es reactiva cuando ocurren dos o más aceleraciones de más de 15 latidos por minuto por más de 15 segundos, en un trazado de 30 minutos o menos. 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 EVA (Schifrin et al, 1979). Cuando se utiliza la EVA, se debe observar una aceleración fetal que llene el criterio de reactividad, o sea, una aceleración de más de 15 latidos por minuto y de más de 15 segundos de duración. Generalmente, la respuesta de aceleración de la FCF a la EVA es inmediata, con más de 20 latidos por minuto y sostenida por varios minutos. Como la respuesta fetal a la EVA es predecible y consistente, generalmente, se aplica el estímulo acústico con la laringe artificial si el criterio de vigilancia fetal anteparto - monitoreo reactivo no se ha logrado en un período de 10 minutos (Clark et al, 1989). De esta manera, se logra acortar la duración del estudio y agilizar los recursos en centros con un elevado número de casos a evaluar diariamente. (3)

Conducta. En presencia de un NST no reactivo se deben investigar otros parámetros de bienestar fetal antes de tomar una conducta adecuada. Hay que tener en cuenta que la mayoría de

los resultados no reactivos se deben a sueño fetal en un feto sano y que será necesario utilizar la EVA, realizar un PBF o un MFE (Oct., 1978). (3)

Cuando la prueba de NST es reactiva, generalmente la interpretación es tranquilizadora y la conducta puede ser expectante. En este caso, la prueba se debe repetir tantas veces como sea necesario de acuerdo al protocolo para el manejo a cada patología y edad gestacional en particular. Por lo general, en embarazos con mediano riesgo de muerte fetal intrauterina, se debe repetir el NTS cada 7 días. Ante un embarazo cronológicamente prolongado, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cualquier otra condición donde la integridad del feto se vea comprometida, el MFNE se debe realizar más frecuentemente (Evertson et al, 1979). (3)

Interpretación Del Test No Estresante

Patrón Reactivo

Presenta al menos dos aceleraciones transitorias en el plazo de 20 minutos con amplitud mayor de 15 latidos por minuto y duración de 15 segundos. (10)

Patrón No Reactivo

Ausencia de aceleraciones transitorias o presencia de las mismas con amplitud o duración inadecuada.(10)

Patrón Patológico.

Bradycardia leve (100 a 119) o taquicardia leve (161 a 180) y presencia de algún tipo de desaceleraciones.(10)

Test De Apgar

El test de Apgar es el examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en donde el pediatra, neonatólogo realiza una prueba en la que se valoran 5 parámetros para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos simples, que son:

- Tono muscular.
- Esfuerzo respiratorio.
- Frecuencia cardíaca.
- Irritabilidad refleja.
- Color de la piel.

A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test.

El test se realiza al minuto, a los cinco minutos (y cada 5 minutos hasta los 20 minutos de nacido si la puntuación hasta los cinco minutos es inferior a siete). La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5

minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido con una puntuación más baja al primer minuto que al quinto, obtiene unos resultados normales y no implica anormalidad en su evolución. De lo contrario un recién nacido que marca 0 puntos de Apgar se debe de evaluar clínicamente su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte. (7)

La valoración de Apgar debe medirse al minuto y a los 5 minutos para que se considere una valoración efectiva siendo el resultado normal esperado entre 7, 8 y 9. (7)

2.3. Definición de Términos Básicos.

Frecuencia Cardiaca Fetal

Se determina por el marcapasos auricular y es modulado por un equilibrio entre el sistema simpático (cardioaceleración) y parasimpático (cardiodesaceleración) del Sistema Nervioso Autónomo. (6)

Línea de Base: Es el promedio de los latidos que se encuentran presentes en la mayor parte del trazado en un mínimo de 10 min Debe cumplir: Evaluarse entre contracciones, evitar el Intervalo de cambios periódicos, procurar hallar cuando el feto se encuentre algo quieto. No es constante en todo el embarazo, disminuye a medida que avanza la gestación, la FCF se modificará con la maduración del sistema neurológico. (6)

Es la media aproximada, ajustada a incrementos de cinco latidos por minuto durante un segmento de 10 minutos, excluyendo los cambios periódicos o episódicos, los períodos de variabilidad notoria y los segmentos que difieren por más de 25 latidos por minutos. La duración mínima de línea basal debe ser de dos minutos o se considerará indeterminada. Si la línea basal es menor de 120 latidos por minuto, se habla de **bradicardia**, si es mayor de 160 latidos por minuto, se llama **taquicardia** (6)

Variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal: se define como la fluctuación basal de dos ciclos por minuto o más. Estas fluctuaciones con irregulares en amplitud y frecuencia y se cuantifican visualmente como la variación en latidos por minuto como sigue (8)

CLASIFICACION DE LA VARIABILIDAD

TIPO 0: Amplitud 5 latidos por minuto (Lpm) y frecuencia 2 Lpm (SILENTE)

TIPO I: Amplitud 5-10 Lpm (DISMINUIDA)

TIPO II: Amplitud 10-25 Lpm y frecuencia 3-6 Lpm (NORMAL)

TIPO III: Amplitud > 25 Lpm y frecuencia > de 6 Lpm. (SALTATORIA)

Aceleraciones o Reactividad: son incrementos visuales bruscos de la frecuencia cardíaca fetal con respecto a la basal. El aumento

se calcula a partir de la porción más recientemente determinada de la línea basal. (8)

El acmé es igual o mayor de 15 latidos por minuto por arriba de la línea basal, y la aceleración dura 15 segundos o más y menos de dos minutos, desde el inicio hasta el retorno a la línea basal. Aceleración prolongada es la equivalente a dos minutos o mayor, pero menor de 10. Una aceleración de 10 minutos o mayor es un cambio de la línea basal (8)

Desaceleraciones

Es la disminución transitoria de la FCF que debe cumplir dos requisitos:

Durar más de 15 seg. y menos de 10 minutos.

Descender por lo menos 15 lat. por debajo de la línea de base.

Son descensos transitorios de la FCF que tienen lugar, generalmente en relación con una contracción uterina, pudiendo presentarse espontáneamente o con los movimientos fetales. (Carrera) (8)

Desaceleración Temprana: Es un decremento visual aparente y gradual (definida como desde su inicio del descenso hasta un nadir igual o mayor de 30 segundos) con retorno a la frecuencia cardíaca basal vinculad con una contracción uterina. Coincide en tiempo con el nadir de la desaceleración, que ocurre al mismo tiempo que el máximo de la contracción (8)

En estas condiciones cada contracción uterina suele causar una fuerte compresión de la cabeza fetal que es mucho mayor que la elevación simultánea producida en la presión amniótica.

Esta compresión cefálica causa un aumento rápido y transitorio del tono vagal que se manifiesta en una desaceleración temprana, antes llamada DIP I. La compresión y deformación cefálica que se asocia con el DIP I, puede disminuir por unos instantes, mientras dura dicha compresión, el flujo sanguíneo y la disponibilidad de oxígeno para el encéfalo fetal, a este efecto transitorio no se le ha encontrado repercusión clínica negativa (1)

Desaceleración Tardía: es un decremento visual aparente y gradual (definida como desde su inicio del descenso hasta un nadir igual o mayor de 30 segundos) con retorno a la línea basal, vinculado con una contracción uterina. La desaceleración es tardía porque el nadir ocurre después del máximo de la contracción. En casi todos los casos el inicio, nadir y recuperación de la desaceleración se presentan después del inicio, acmé y término de una contracción, respectivamente (6)

La desaceleración tardía de la frecuencia cardíaca fetal, también llamada DIP II, es siempre un síntoma anormal, ya que su aparición durante el parto se asocia habitualmente con hipoxia, acidosis fetal y depresión del recién nacido. Cuanto mayor es el número y la amplitud de los DIPS tipo II registrados durante el parto, tanto más deprimidos suele encontrarse el recién nacido (1)

Desaceleración Variable:

Es un decremento brusco visualmente aparente (desde el inicio del descenso hasta el comienzo del nadir menor de 30 segundos) de la frecuencia cardíaca fetal con respecto a la línea basal.

El decremento es igual o mayor de 15 latidos por minuto con duración de 15 segundos o más y menor de dos minutos a partir del inicio hasta el retorno a la línea basal. Cuando las desaceleraciones variables se vinculan con contracciones uterinas, su inicio, profundidad y duración suelen variar con su sucesión (8).

Este tipo de desaceleraciones se atribuyen a la compresión del cordón umbilical durante la contracción uterina (circular de cordón, compresión del cordón entre una parte fetal y la pared uterina, etc.) Su aparición se ve facilitada por la rotura de las membranas, ya que la salida del líquido amniótico favorece la compresión por aproximación del cordón a las partes fetales (1)

A las desaceleraciones variables se las subclasifica de la siguiente manera:

- Leves: duran menos de 30 segundos, los latidos descienden a 70-80 pero duran menos de 60 segundos, y si los latidos bajan a menos de 70 latidos por minuto duran menos de 30 segundos.
- Moderadas: los latidos descienden a 70 por minuto y duran entre 30 a 60 segundos, o los latidos permanecen entre 70 – 80 por minuto pero duran más de 60 segundos hasta 2 minutos.

- Severas: cuando los latidos descienden a menos de 70 por minuto y la desaceleración dura más de 60 segundos. (8)

Movimientos Fetales

Movimientos Fetales Individuales:

Son movimientos de poca duración, < de 5 seg. Son fácilmente detectables por la madre y por la mano del examinador y se dividen en:

- A) Movimientos aislados o “movimientos simples”
- B) Movimientos repetitivos. (3)

Movimientos Fetales Múltiples:

Aquí se enlazan 2 ó más ondas de modo que aparecen como cordillera compuesta de varias crestas de amplitud y duración variables, con los movimientos llamados rodantes, se dividen en:

- A) Movimientos Múltiples cortos (10seg.)
- B) Movimientos Múltiples largos (20 seg.) (3)

Test de Fisher Modificado

VARIABLE	0	1	2
Línea de Base	<100 y >189	100 a 119 y 161 a 180	120 a 160
Variabilidad	<5	5 a 9 o > 25	10 a 25
Aceleraciones	0	Periódicas o esporádicas de 1 a 4	Esporádicas 5 o más
Desaceleraciones	Repetidas o desfavorables	Variables o alejadas , no repetidas	Ninguna o Tempranas
Movimientos Fetales	No hay	1 a 4 mov /minuto	> 5 mov/ minuto
Calificación: 8 – 10 = Óptimo; 5 – 7 = Observación estricta ; < 5 = Mal pronóstico			

Patrones Del Monitoreo Fetal Electrónico – Según Fischer

▪ REACTIVO: Criterios de reactividad y parámetros de la FCF normales.	➔	Descarta HIPOXIA. Indica bienestar fetal (control en 5 a 7 días)
▪ NO REACTIVO: Sin criterios de reactividad y parámetros de la FCF normales.	➔	Descartar falso No reactivo. Indicar CST si es > 36 sem. o PBF si no lo es.
▪ PATOLOGICO: Sin Reactividad y parámetros de la FCF patológicos.	➔	Completar con PBF si hay dudas, ver madurez pulmonar y culminar gestación

Puntaje De Apgar

El **test de Apgar** es el examen clínico que se realiza al **recién nacido** después del parto, que son:

- Tono muscular.
- Esfuerzo respiratorio.
- Frecuencia cardíaca.
- Irritabilidad refleja.
- Color de la piel.

La valoración de Apgar debe medirse al minuto y a los 5 minutos para que se considere una valoración efectiva siendo el resultado normal esperado entre 8 y 9. (7)

Puntaje de Apgar:

0-3 Depresión Severa.

4-6 Depresión Moderada.

7-10 Normal

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis

Hipótesis Alternativa

La Relación que existe entre los Test No Estresantes No Reactivos y el Puntaje de Apgar al nacer al minuto y a los cinco minutos es discordante.

Hipótesis Nula

La relación que existe entre los Test No Estresantes No reactivos y Puntaje de Apgar al minuto y a los cinco minutos no es discordante.

3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores

Variable Independiente

- ❖ Test No Estresante No Reactivo.

Variable Dependiente

- ❖ Puntaje de Apgar al nacer al minuto y a los cinco minutos.

Variable Interviniente

- ❖ Vía de culminación del parto y peso del recién nacido.

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Dimensión Espacial y Temporal

Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital San José de Chincha, en el período de julio a diciembre del 2014.

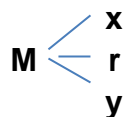
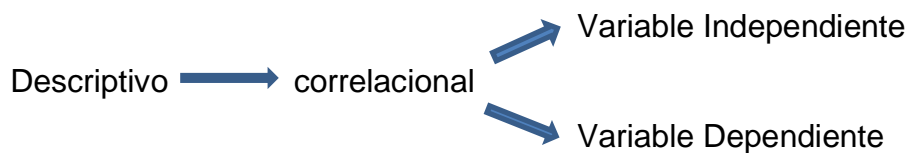
4.2. Tipo de Investigación

Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal.

- Descriptivo por que describe los hechos tal como se presentan.
- Retrospectivo por los datos se obtuvieron de hechos pasados.
- Transversal: Por los datos se obtuvieron en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo

4.3. Diseño de Investigación

Se usó el diseño correlacional



M: Muestra

x: Variable Independiente

y: Variable Dependiente

r: Relación entre variable independiente y dependiente.

4.4. Determinación del Universo/Población

Contamos con 450 gestantes a quienes se les realizó Test No Estresante en la Unidad de Monitoreo Fetal del servicio de Gineco - obstetricia del Hospital San José de Chíncha.

4.5. Selección de la Muestra

Se ha de trabajar con la población que son 27 gestantes que cumplen los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

Historia clínica de gestantes que tengan NST No reactivo.

NST con puntaje Total de menor o igual a 7/10 y Sin reactividad o insuficientes.

Gestantes a partir de las 37 semanas de gestación.

Datos del apgar del RN al primer y cinco minutos.

Criterios de Exclusión:

Gestantes antes de las 37 semanas de gestación.

Puntaje del NST Mayor de 7/10

Historias Clínicas con datos incompletos.

4.6. Fuentes, Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Fuentes:

Cuaderno de registros de la Unidad de Monitoreo, registro de Recién Nacidos del servicio de Neonatología, Historias Clínicas de la gestantes a quienes se realizó el Test No estresante, del Hospital san José de Chíncha.

Técnica: Recolección de Datos.

Instrumento: Fichas de recolección de datos.

4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de datos y Presentación de Datos

Se realizaron a través del paquete estadístico de Excel, la elaboración de tablas y gráficos en los cuales se presentan los datos y luego análisis e interpretación de dichas tablas.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 1

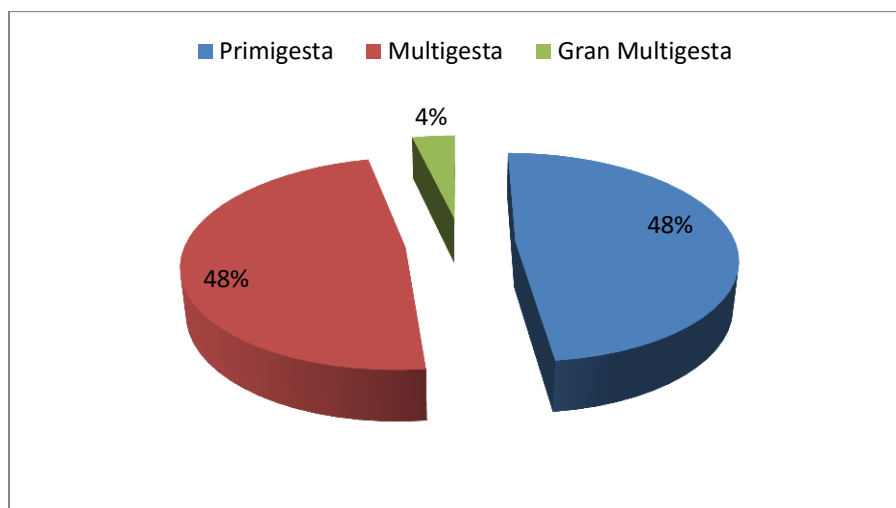
“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014”

CON RESPECTO PARIDAD DE LA GESTANTE

Paridad	N° Gestantes	%
Primigesta	13	48.1
Multigesta	13	48.1
Gran Multigesta	01	3.7
TOTAL	27	100%

Fuente: Registro de Monitoreo Electrónico Fetal Del Departamento de Gineco Obstetricia e Historias Clínicas Hospital San José de Chíncha

GRÁFICO N° 1



Análisis e Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N° 1, podemos observar que un 48.1 % (13) gestantes fueron primigestas, también otro 48.1 % (13) gestantes fueron multigestas y un 3.3% (1) gran multigestas.

TABLA N° 02

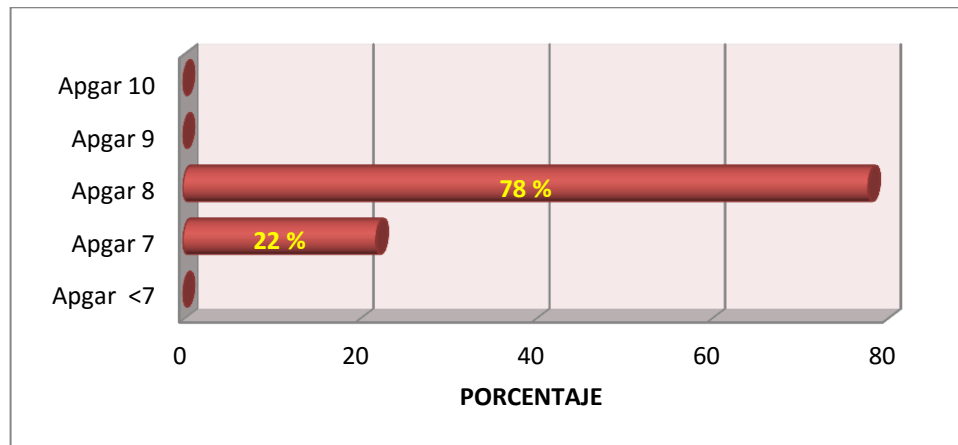
“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014”

CON RESPECTO AL APGAR DEL RECIÉN NACIDO (R.N) AL MINUTO.

Al Minuto	R.N	%
Apgar < 7	00	00
Apgar 7	06	22
Apgar 8	21	78
Apgar 9	00	00
Apgar 10	00	00
TOTAL	27	100%

Fuente: Registro de Recién Nacidos del Servicio de Neonatología e Historias Clínicas Hospital San José de Chincha

GRÁFICO N° 2



Análisis e Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N°2, Se observa que el 77.8% (21) Recién Nacidos Tuvieron un Apgar 8 y un 22.2 % (6) Recién nacidos nacieron con apgar de 7; y no se presentaron RN con Puntaje de Apgar menor a 7.

TABLA N° 03

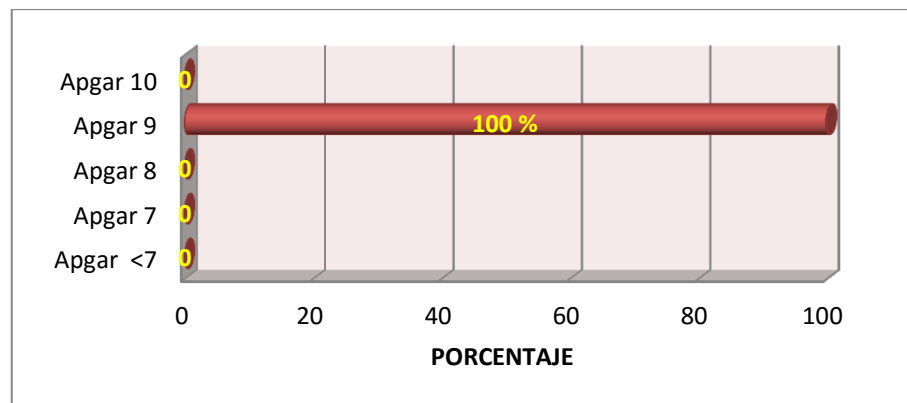
“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014”

CON RESPECTO AL APGAR DEL RECIÉN NACIDO (R.N) A LOS 5 MINUTOS.

A los 5 Minutos	R.N	%
Apgar < 7	00	00
Apgar 7	00	00
Apgar 8	00	00
Apgar 9	27	100
^e Apgar 10 _n	00	00
TOTAL	27	100

e: Registro de Recién Nacidos del Servicio de Neonatología e Historias Clínicas Hospital San José de Chincha

GRÁFICO N° 3



Análisis e Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N°3, Se observa que en test de apgar a los cinco minutos no se presentaron casos con Puntaje menor a 7 y el 100% presentaron apgar de 9.

TABLA N° 4

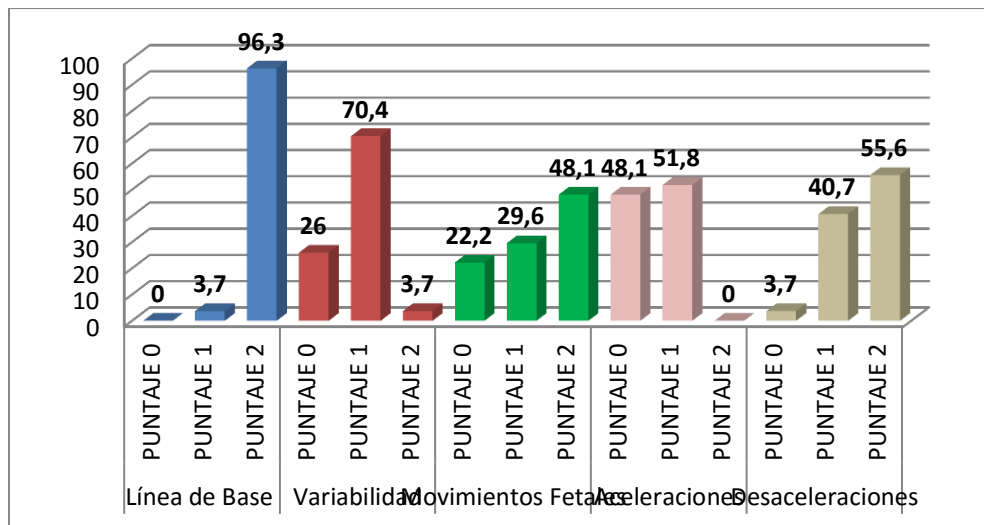
“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014”

CON RESPECTO A LOS PARÁMETROS CARDIOTOCOGRÁFICOS.

Parámetros del NST	Puntaje 0		Puntaje 1		Puntaje 2	
	N°	%				
Línea de Base	00	00	01	3.7	26	96.3
Variabilidad	07	26	19	70.4	01	3.7
Movimientos Fetales	06	22.2	08	29.6	13	48.1
Aceleraciones	13	48.1	14	51.8	00	00
Desaceleraciones	01	3.7	11	40.7	15	55.6

Fuente: Registro de Monitoreo Electrónico Fetal Del Departamento de Gineco Obstetricia e Historias Clínicas
Hospital San José de Chíncha

GRÁFICO N° 4



Análisis e Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N° 4, podemos observar que ningún

trazado presentó línea de base con puntaje cero, el 3.7% (1 trazado) presentó puntaje uno y el 96.3% (26 trazados) presentaron puntaje dos. Con respecto a la Variabilidad un 26%(7 trazados) presentaron puntaje cero, el 70.4% (19 trazados) presentaron puntaje uno y el 3.7% (1 trazado) presentó puntaje dos. En cuanto a los Movimientos Fetales el 22.2% (6 trazados) presentaron puntaje cero, el 29.6% (8 trazados) presentaron puntaje uno y el 48.1 (13 trazados) presentaron puntaje dos. Con respecto a las Aceleraciones 48.1% (13 trazados) presentaron puntaje cero, un 51.8% (14 trazados) presentaron puntaje uno y no se presentaron trazados con puntaje dos. En cuanto a las desaceleraciones el 3.7% (1 trazado) presentó puntaje cero, el 40.7% (11 trazados) presentó puntaje uno y el 55.6% (15 trazados) presentaron puntaje dos.

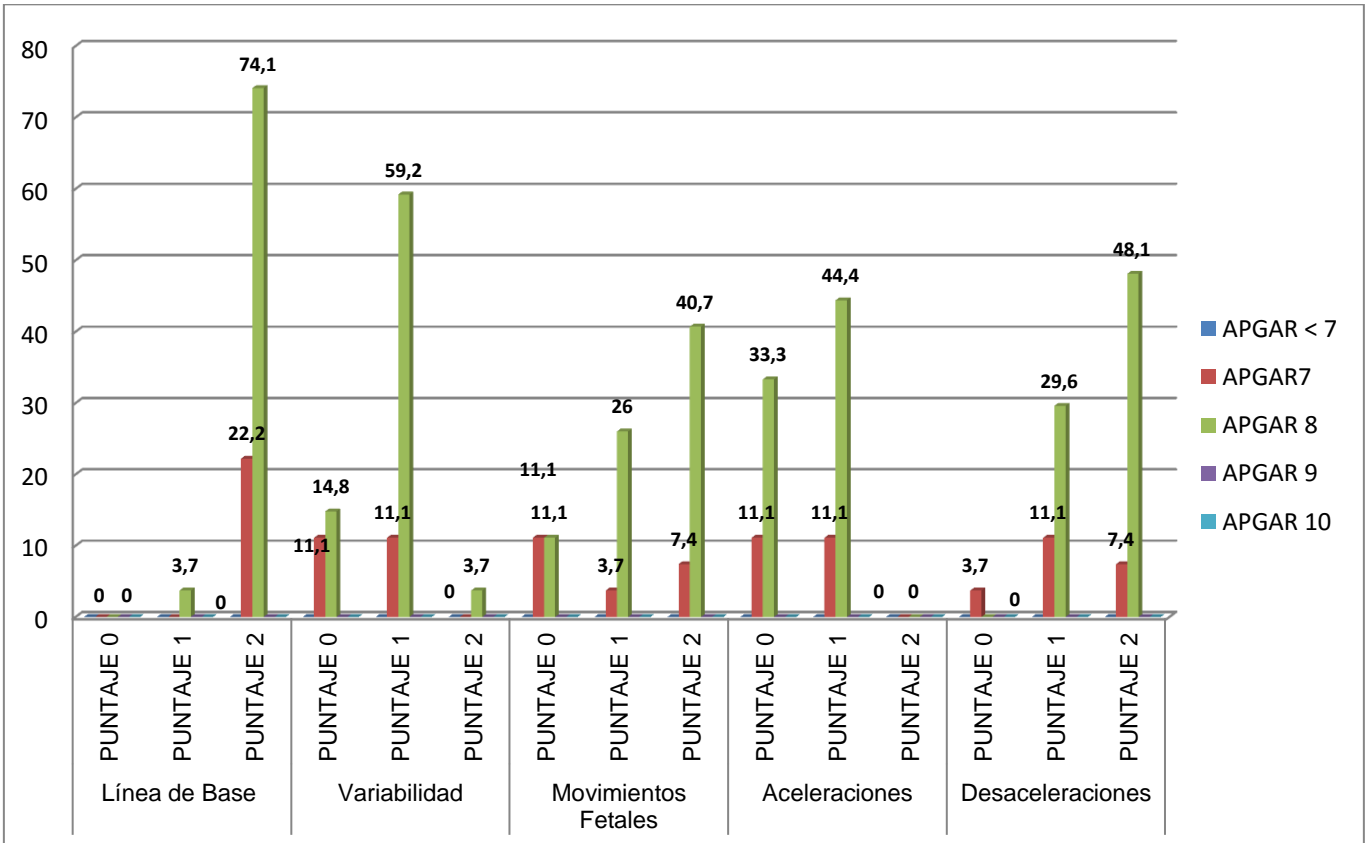
TABLA N° 5

“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014” CON RESPECTO A LOS PARAMETROS CARDIOTOCOGRAFICOS EN REALCION CON EL PUNTAJE DE APGAR AL MINUTO

Línea de Base	N° de Test No Estresantes			Puntaje de Apgar al Minuto									
	Puntaje	N°	%	<7		7		8		9		10	
				N° RN	%	N° RN	%	N° RN	%	N° RN	%	N° RN	%
Línea de Base Normal	Puntaje 0	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	Puntaje 1	01	3.7	00	00	00	00	01	3.7	00	00	00	00
	Puntaje 2	26	96.3	00	00	06	22.2	20	74.1	00	00	00	00
Variabilidad	Puntaje 0	07	26	00	00	03	11.1	04	14.8	00	00	00	00
	Puntaje 1	19	70.4	00	00	03	11.1	16	59.2	00	00	00	00
	Puntaje 2	01	3.7	00	00	00	00	01	3.7	00	00	00	00
Movimientos Fetales	Puntaje 0	06	22.2	00	00	03	11.1	03	11.1	00	00	00	00
	Puntaje 1	08	29.6	00	00	01	3.7	07	26	00	00	00	00
	Puntaje 2	13	48.1	00	00	02	7.4	11	40.7	00	00	00	00
Aceleraciones	Puntaje 0	13	48.1	00	00	03	11.1	09	33.3	00	00	00	00
	Puntaje 1	14	51.8	00	00	03	11.1	12	44.4	00	00	00	00
	Puntaje 2	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Desaceleraciones	Puntaje 0	01	3.7	00	00	01	3.7	00	00	00	00	00	00
	Puntaje 1	11	40.7	00	00	03	11.1	08	29.6	00	00	00	00
	Puntaje 2	15	55.6	00	00	02	7.4	13	48.1	00	00	00	00

Fuente: Registro de Monitoreo Electrónico Fetal Del Departamento de Gineco Obstetricia e Historias Clínicas Hospital San José de Chíncha

GRÁFICO N° 5



Análisis e Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N° 5, podemos observar que para los trazados con Línea de Base cero no se presentaron casos. Para el Puntaje uno se presentó un 3.7% (1 RN) con Apgar 8 al minuto. Para el puntaje dos se presentaron 22.2% (6 RN) con Apgar 7 al minuto y 74.1 (20 RN) obtuvieron un Apgar 8 al minuto.

Con respecto a la variabilidad con puntaje cero el 11.1% (3 RN) obtuvieron un Apgar 7 al minuto, 14.8% (4 RN) obtuvieron un de Apgar 8 al minuto. Para el puntaje uno un 11.1 (3 RN) obtuvieron

un Apgar 7 al minuto y 59.2% (16 RN) obtuvieron un Apgar 8 al minuto. Para el puntaje dos se presentó solo un trazado y un 3.7% (1 RN) con Apgar 8 al minuto.

Con respecto a los Movimientos Fetales con puntaje cero el 11.1 (3RN) presentaron Apgar 7 al minuto y otro 11.1 (3RN) presentaron Apgar 8 al minuto. Para el puntaje uno 3.7% (1RN) presentó un Apgar 7 al minuto y un 26% (7RN) obtuvieron Apgar 8 al minuto. Para el puntaje Dos se presentaron 7.4% (2RN) con apgar 7 al minuto, un 40.7%(11RN) presentaron Apgar 8 al minuto.

Con Respecto a las Aceleraciones podemos observar que se presentaron para el puntaje Cero 11.1 (3RN) obtuvieron un Apgar 7 al minuto y un 33.3(9RN) obtuvieron Apgar 8 al minuto. Para el puntaje Uno 11.1 (3RN) presentaron Apgar 7 al minuto y 44.4 (12 RN) presentaron apgar 8 al minuto. No se presentaron trazados con puntaje dos.

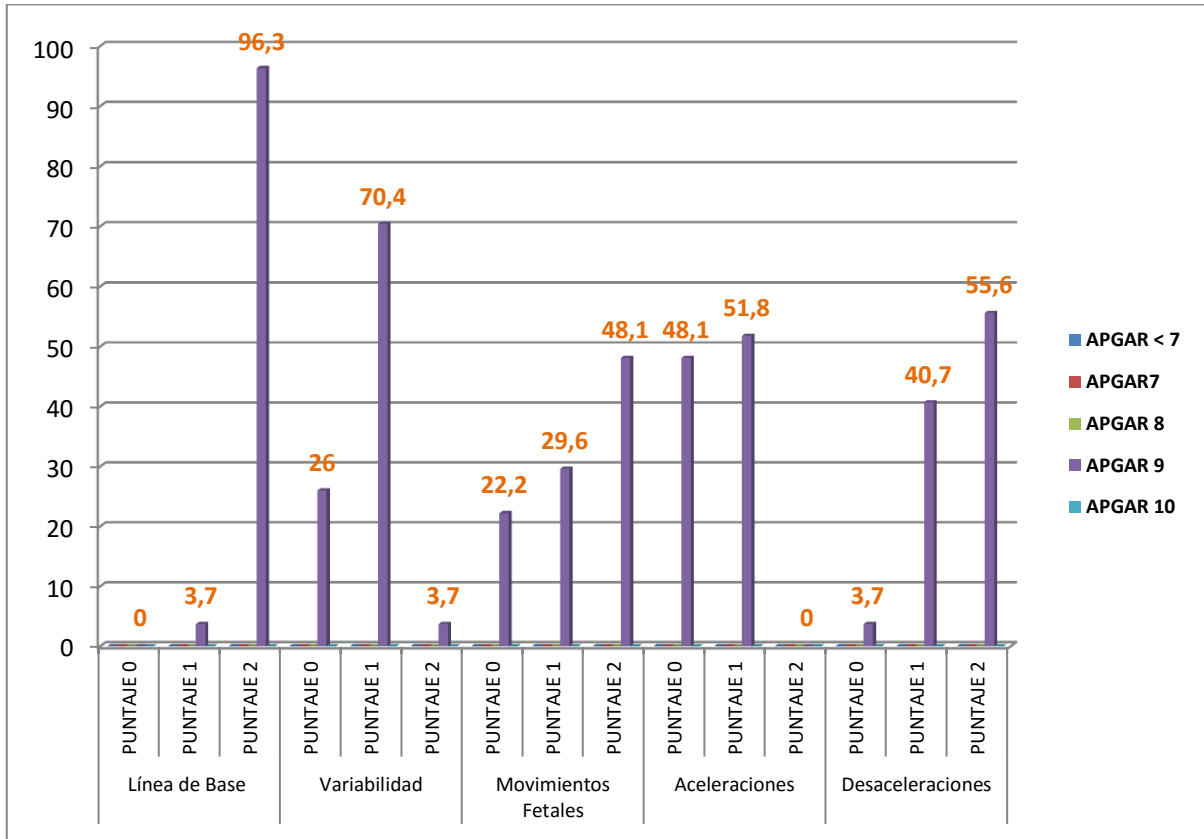
TABLA N° 6

“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014” CON RESPECTO A LOS PARAMETROS CARDIOTOCOGRAFICOS EN REALCION AL PUNTAJE DE APGAR A LOS CINCO MINUTOS

Línea de Base	N° de Test No Estresantes			Puntaje de Apgar al Minuto									
	Puntaje	N°	%	<7		7		8		9		10	
				N° RN	%	N° RN	%	N° RN	%	N° RN	%	N° RN	%
Línea de Base Normal	Puntaje 0	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
	Puntaje 1	01	3.7	00	00	00	00	00	00	01	3.7	00	00
	Puntaje 2	26	96.3	00	00	00	00	00	00	26	96.3	00	00
Variabilidad	Puntaje 0	07	26	00	00	00	00	00	00	07	26	00	00
	Puntaje 1	19	70.4	00	00	00	00	00	00	19	70.4	00	00
	Puntaje 2	01	3.7	00	00	00	00	00	00	01	3.7	00	00
Movimientos Fetales	Puntaje 0	06	22.2	00	00	00	00	00	00	06	22.2	00	00
	Puntaje 1	08	29.6	00	00	00	00	00	00	08	29.6	00	00
	Puntaje 2	13	48.1	00	00	00	00	00	00	13	48.1	00	00
Aceleraciones	Puntaje 0	13	48.1	00	00	00	00	00	00	13	48.1	00	00
	Puntaje 1	14	51.8	00	00	00	00	00	00	14	51.8	00	00
	Puntaje 2	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Desaceleraciones	Puntaje 0	01	3.7	00	00	00	00	00	00	01	3.7	00	00
	Puntaje 1	11	40.7	00	00	00	00	00	00	11	40.7	00	00
	Puntaje 2	15	55.6	00	00	00	00	00	00	15	55.6	00	00

Fuente: Registro de Monitoreo Electrónico Fetal Del Departamento de Gineco Obstetricia e Historias Clínicas Hospital San José de Chincha

GRÁFICO N° 6



Análisis e Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N° 6, podemos observar que para los trazados con Línea de Base con puntaje Cero no se presentaron casos. Para el Puntaje uno se presentó un 3.7% (1 RN) con Apgar 9 a los cinco minutos. Para el puntaje Dos el 96.35 (26 RN) presentaron Apgar 9 a los cinco minutos.

Con respecto a la variabilidad con puntaje cero el 26% (7 RN) obtuvieron un Apgar 9 a los cinco minutos. Para el puntaje uno un 70.4% (19 RN) obtuvieron un Apgar 9 a los cinco minutos. Para el puntaje dos se presentó solo un trazado y un

3.7% (1 RN) con Apgar 9 a los cinco minutos.

Con respecto a los Movimientos Fetales con puntaje Cero el 22.2% (6RN) presentaron Apgar 9 a los cinco minutos. Para el puntaje Uno el 29.6% (8RN) presentó un Apgar 9 a los cinco minutos. Para el puntaje Dos se presentaron 48.1% (13RN) con apgar 9 a los cinco minutos.

Con Respecto a las Aceleraciones podemos observar que se presentaron para el puntaje Cero 48.1(13 RN) con Apgar 9 a los cinco minutos. Para el puntaje Uno 51.8 % (14 RN) presentaron Apgar 9 a los cinco minutos. No se presentaron trazados con puntaje dos.

Con Respecto a las Desaceleraciones podemos observar que se presentaron para el puntaje Cero 3.7% (1 RN) con Apgar 9 a los cinco minutos. Para el puntaje Uno 40.7 % (11 RN) presentaron Apgar 9 a los cinco minutos. Para el puntaje Dos 55.6% (15RN) presentaron Apgar 9 a los cinco minutos.

TABLA N° 07

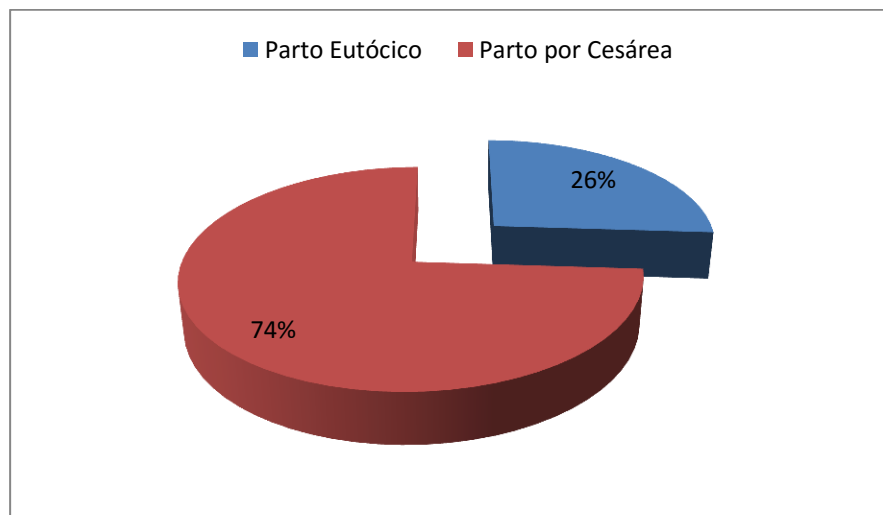
“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014”

CON RESPECTO AL TIPO DE DEL PARTO

Tipo de parto	N° de Partos	%
Parto Eutócico	07	26
Parto por Cesárea	20	74
TOTAL	27	100%

Fuente: Registro de Monitoreo Electrónico Fetal Del Departamento de Gineco Obstetricia e Historias Clínicas Hospital San José de Chincha

GRÁFICO N° 7



Análisis e Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N°7, se observa que un 26 % (07) gestantes terminaron en parto eutócico y un 74 % (20) gestantes terminaron en cesárea.

TABLA N° 08

“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014”

CON RESPECTO AL PESO DE RECIÉN NACIDO

Peso del Recién Nacido	N° de Recién Nacidos	%
< de 2500 gramos	01	3.7
> de 2500 gramos	26	96.3
TOTAL	27	100%

Fuente: Registro de Recién Nacidos del Servicio de Neonatología e Historias Clínicas Hospital San José de Chincha

GRÁFICO N° 8



Análisis e Interpretación:

En la Tabla y Gráfico N°8, se observa que un 3.7 % (01) Recién Nacido pesó menos de 250 gramos de peso, un 96.3% (26) Recién Nacidos presentaron más de 2500 gramos de peso.

CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Según la no paramétrica del CHI cuadrado:

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Dónde:

$$X^2 = \chi^2?$$

Σ = Sumatoria

F_o = Frecuencia Observada

F_e = Frecuencia Esperada.

TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO / PUNTAJE DE APGAR	f _i	%
Normal	11	37
Mínima	12	40
Menor	7	23
TOTAL	30	100

La tabla corresponde a 3 x 2 (3-1=2) (2-1)= 2 grados de libertad a alfa 0.05 = 5.99 (F_o).

Para obtener la Frecuencia esperada se halló los resultados mediante la operación siguiente:

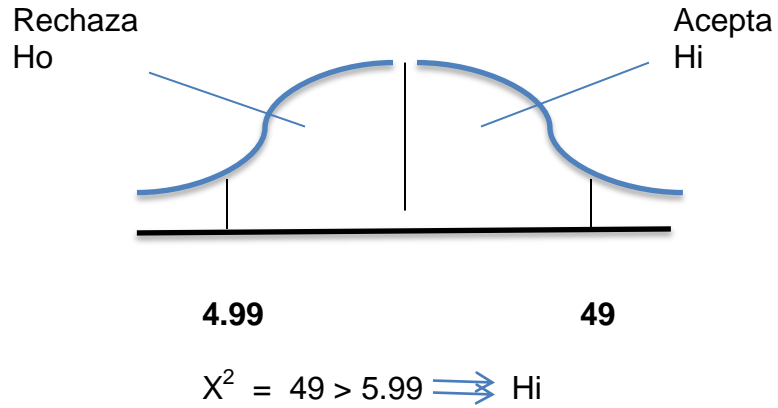
$$X^2 = \frac{(11-37)^2}{37} + \frac{(12-40)^2}{40} + \frac{(7-23)^2}{23}$$

$$X^2 = 18.3 + 19.6 + 11.1$$

$$X^2 = 49 (F_e)$$

Por lo tanto, $X^2 = 49 > 5.99$ entonces se aceptó la hipótesis de investigación donde afirma: La relación que existe entre los Test No Estresante No Reactivo y el Puntaje de Apgar al nacer es discordante.

LINEA DE SIGNIFICANCIA SEGÚN LA CAMPANA DE GAUS



VI. DISCUSION

Luego del análisis e interpretación de los resultados se observó que para el test de Apgar tanto al primer minuto, como al quinto minuto las puntuaciones fueron iguales o mayores a 7 y llegaron a representar el 100 % de Recién Nacidos, es decir que los 27 neonatos nacieron en buenas condiciones. Se concluye entonces, que la relación entre el NST No reactivo y el puntaje de Apgar al nacer son discordantes, es decir no coincide con el resultado neonatal. Se puede presumir también por la presencia de un 22% de Recién Nacidos con Apgar 7, habiendo nacido por vía alta podría haberse complicado de haber nacido por vía vaginal de no haber actuado a tiempo.

Aun así no se puede tomar al NST NO reactivo como prueba decisiva para concluir el parto con urgencia. Por lo tanto la conducta obstétrica que se opte para decidir la vía de terminación del parto, requiere la realización de otras pruebas como el Perfil Biofísico fetal, ecografía doppler o un Test Estresante.

Estos resultados son similares a lo demostrado por Dra. Goyo Arellano, N. en su estudio titulado "Correlación del Test de Oxitocina, Vía de evacuación y Apgar en Pacientes Obstétricas a Término con **Test No Estresante No Reactivo** que acudieron al Hospital Central Dr. Antonio María Pineda, en el lapso de julio 2001 a julio 2002" Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado" Concluyó: **No puede tomarse el NST No Reactivo** como base sólida para decidir la vía de evacuación de la paciente. En el presente

estudio el Apgar no tiene relación directa con el Test de Oxitocina, ni con el Test No Estresante, sino más bien con la conducta obstétrica que se asume ante los resultados de dichas pruebas.

Es importante destacar que dado los valores de Apgar al minuto y a los 5 minutos fueron en su mayoría 8 y 9 puntos respectivamente, las decisiones de llevar a cabo cesárea o parto vaginal fueron adecuadas, y que el índice de niños con asfixia neonatal fue sumamente bajo (2.56% del total de la muestra). Puede presumirse que el neonato que tuvo valores de 5 y 6 puntos, habiendo nacido por vía alta, podrían haberse complicado aún más o incluso muerto, de haber nacido por vía vaginal.

Así también una compatriota en un estudio de Test de Oxitocina logró mejores resultados en relación al Test de Apgar. Valdivia Huamán, A. K., en el estudio titulado “Eficacia del monitoreo electrónico anteparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal-Instituto Nacional Materno Perinatal-2013” Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ. Obtuvo que la estimación de los valores diagnósticos del monitoreo electrónico anteparto para sufrimiento fetal según Apgar al minuto < 7 puntos fueron: sensibilidad 74%, especificidad 72%, valor predictivo positivo 13% y valor predictivo negativo 98%; según Apgar a los 5 minutos < 7 puntos fueron: sensibilidad 69%, especificidad 71%, valor predictivo diagnóstico positivo 9% y valor predictivo negativo 98%; según líquido amniótico anormal fueron: sensibilidad 31%, especificidad 70%, valor predictivo diagnóstico positivo 23% y valor predictivo negativo 78%. Llegó a

la Conclusión: El monitoreo electrónico anteparto positivo para diagnóstico de sufrimiento fetal, resulta ser eficaz para establecer un Apgar menor a 7; así mismo, el monitoreo electrónico fetal negativo para diagnóstico de sufrimiento fetal resulta ser eficaz para establecer un Apgar mayor o igual a 7.

VII. CONCLUSIONES

Después del estudio se llega a las siguientes conclusiones:

- ❖ En el Presente estudio el Apgar al nacer, al minuto y a los cinco minutos, no tiene relación directa con el NST No reactivo.
- ❖ Se Obtuvieron valores de los parámetros del Test No Estresante, en el 96% de trazados la línea de base fue normal, la variabilidad tuvo un 74.4 % de variabilidad mínima, las aceleraciones estuvieron ausentes e insatisfactorias en los trazados (puntajes 0 y 1) con porcentajes de 48.1% y 51.9% respectivamente, los movimientos fetales satisfactorios con más de cinco movimientos(puntaje 2) estuvo presente en el 48.1% de los trazados, se presentaron desaceleraciones (puntaje 0 y 1) en el 3.7% y 40.7% de los trazados respectivamente.
- ❖ El puntaje de Apgar tanto al minuto como a los cinco minutos fue mayor a 7 ó Puntaje de Apgar Normal.
- ❖ No Existe Relación directa entre los parámetros del Test No Estresante No Reactivo y el Puntaje de Apgar al Nacer al minuto ni a los cinco minutos.
- ❖ El 74% de gestantes con NST No Reactivo culminaron su parto por cesárea.

VIII. RECOMENDACIONES

- ❖ Se debe Aplicar el Test Estresante o de oxitocina, ante el resultado de NST No reactivo, que cumplan con los criterios de no reactividad según test de Fisher modificado, como verificación del compromiso fetal antes de decidir la vía de evacuación del parto.
- ❖ Se puede seguir utilizando el NST dentro del control de pacientes de bajo riesgo, incluso rutinariamente para valorar el estado fetal.
- ❖ No puede tomarse al NST No Reactivo como base sólida para decidir la terminación inmediata del embarazo.
- ❖ Incluir dentro de la vigilancia fetal otras pruebas que ayuden al diagnóstico más certero.
- ❖ Es importante tomar una buena conducta obstétrica. Puesto que es importante destacar que dado los valores al minuto y cinco minutos fueron en su mayoría de 8 y 9 respectivamente, Podemos presumir que el neonato con valores de apgar 7 puntos, nacido por cesárea podría haberse complicado de haber nacido por vía vaginal o no haberse dado la respuesta obstétrica a tiempo.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

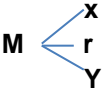
1. Schwarcz. 2005. OBSTETRICIA- Editorial El Ateneo - Buenos Aires – Argentina. (pag. 448-451)
2. Bracero L - 1986 - Características de la frecuencia cardíaca fetal que apoyan el diagnóstico de bienestar fetal - Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Madrid. 52-56..
3. Borberg C, Navarrete M, Obstetricia Moderna - VIGILANCIA FETAL ANTEPARTO - www.fertilab.net, capítulo 4.
4. Cifuentes R – 1990 - Obstetricia de alto riesgo. Editorial Imprenta Departamental del Valle. Calí. Colombia.
5. Morett L, Brito E. 1998 – Atención del Recién Nacido en la Sala de 23ava Edición, 2011.
6. Carrera JM. Monitorización fetal anteparto. Barcelona: Editorial Salvat; 1980.
7. Partos, pag, 62-64.
8. Keith, R et al. 2000. Análisis de gases en sangre del cuero cabelludo fetal. CLINICAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Vol 26 No 4. 629-641.).
9. Manotas R, NEONATOLOGÍA – ASPECTOS BÁSICOS, Editorial CIB, Primera Edición, 2011
10. Lawrence, D. 2000. Pruebas sin estrés y con estrés por contracciones. CLINICAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Vol 26 No 4. 533-549
11. Cunningham,Leveno,Bloom, Hauth, Rouse, WILLIAMS OBSTETRICIA.

Edición 2006.

12. Galves H R. 1982. Fundamentos y técnicas de monitorización fetal. Editorial Científico Médico. Barcelona.
13. Cifuentes R: Obstetricia de alto riesgo. Editorial Imprenta Departamental del Valle. Calí. Colombia. 1990.
14. Bracero L. Características de la frecuencia cardíaca fetal que apoyan el diagnóstico de bienestar fetal. En Pitkin, Roy. M. y Jamas, R. Scott: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Madrid. 52-56. 1986.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA: TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Relación Entre Test No Estresante No Reactivo y Puntaje de Apgar al Nacer en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Qué relación existe entre el Test no Estresante No Reactivo y Puntaje de Apgar al Nacer en el Hospital San José de Chíncha 2014?	<p>GENERAL: Determinar la relación que existe entre el Test No Estresante No Reactivo y el Puntaje de Apgar al nacer en el Hospital San José de Chíncha Julio – Diciembre 2014.</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar los resultados de la línea de base, la variabilidad, los movimientos fetales, las aceleraciones y las desaceleraciones en los Test No Estresantes No Reactivos en el Hospital San José de Chíncha de julio a diciembre 2014. • Determinar el puntaje de apgar al nacer, al minuto y a los cinco minutos, en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014. • Reconocer la relación que existe entre la Línea de Base, la Variabilidad, los Movimientos Fetales, las Aceleraciones y Desaceleraciones en los Test No Estresantes No Reactivos y el Puntaje de Apgar al Nacer, en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014 • Determinar la vía de evacuación del Parto, de las gestantes con NST No reactivos, en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014. 	<p>GENERAL:</p> <p>La Relación que existe entre los Test No Estresantes No Reactivos y el Puntaje de Apgar al nacer es discordante.</p> <p>ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La relación que existe entre Línea de Base en los NST No Reactivo y el Puntaje de Apgar es discordante. • La relación que existe entre la Variabilidad en los NST No Reactivo y el Puntaje de Apgar es discordante. • La relación que existe entre el tipo de Aceleraciones en los NST No Reactivo y el Puntaje de Apgar es discordante. • La relación que existe entre los Movimientos fetales en los NST No Reactivo y el Puntaje de Apgar es discordante. • La relación que existe entre el tipo de Desaceleraciones en los NST No Reactivo y el Puntaje de Apgar es discordante. 	<p>INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test No Estresante Reactivo No Reactivo. <p>DEPENDIENTE</p> <p>Puntaje de Apgar discordante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Línea de base en los NST No Reactivo. • Variabilidad en los NST No Reactivo. • Tipo de Aceleraciones en los NST No Reactivo. • Tipo de Desaceleraciones en los NST No Reactivo. • Numero de Movimientos Fetales en los NST No Reactivos. • Puntaje de Apgar Normal. • Puntaje de Apgar con Depresión Moderada. • Puntaje de Apgar con Depresión Severa 	<p>Tipo de Investigación: Correlacional. Tipo de Estudio: Retrospectivo. Tipo de Diseño: No experimental – Transversal. Esquema de investigación:</p>  <p>M: Muestra x: Variable Independiente Población: 450 gestantes atendidas En 6 meses Tipo de Muestra: No Probabilística, porque reúnen los criterios de inclusión.</p>

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Relación Entre Test No Estresante No Reactivo y Puntaje de Apgar al nacer en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014”

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES
VARIABLE INDEPENDIENTE	Test No Estresante No Reactivo es la monitorización electrónica de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) en la que no hay criterios de reactividad y parámetros de la FCF normales.	LINEA DE BASE: promedio de latidos que se encuentran en un trazado en un mínimo de 10 minutos. VARIABILIDAD: Fluctuaciones de la frecuencia cardíaca fetal de latido a latido, regulado por la interacción del sistema simpático y parasimpático. REACTIVIDAD: Son las modificaciones de la FCF ante estímulos periódicos y no periódicos. DESACELERACIONES: Son descensos transitorios de la FCF que tiene lugar generalmente con una contracción uterina pero puede presentarse con movimientos fetales o espontáneamente. HOJA DE INFORME DE TEST.	<ul style="list-style-type: none"> • FCF Normal 120 a 160 latidos por minuto. • FCF 100 a 120 y 160 a 180 • FCF Menor de 100 y Mayor de 180 Latido por minuto • Variabilidad Normal de 10 a 25 latidos • Variabilidad Mínima de 6 a 10 latidos. • Variabilidad Silente menor de 5 latidos. • Presencia de 5 a más Movimientos Fetales. • Presencia de menos de 5 Movimientos Fetales. • Ausencia de Movimientos Fetales • Presencia de 5 aceleraciones de 15 latidos por 15 segundos. • Menos de 5 aceleraciones de 15 latidos por 15 segundos. • Ausencia de Aceleraciones. • Desaceleraciones ausentes. • Desaceleraciones presentes en < del 50% del NST. • Desaceleraciones presentes en > del 50% del NST. 	Puntaje 02 Puntaje 01 Puntaje 00 Puntaje 02 Puntaje 01 Puntaje 00 Puntaje 02 Puntaje 01 Puntaje 00 Puntaje 02 Puntaje 01 Puntaje 00	NOMINAL
VARIABLE DEPENDIENTE	Puntaje de apgar al nacer discordante.	Puntaje de Apgar: examen Clínico que se realiza al Recién Nacido, incluye tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, irritabilidad refleja y color de la piel.	Puntaje de Apgar Normal. Puntaje de Apgar con Depresión Moderada. Puntaje de Apgar con Depresión Severa.	Puntaje de 7 a 10 Puntaje de 4 a 6 Puntaje de 0 a 3.	NOMINAL



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"
ESCUELA DE POSTGRADO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DEL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE 2014”

PROPÓSITO: Recolectar datos de las Historias Clínicas para poder determinar la relación que existe entre Test Estresante No Reactivo y puntaje de apgar al nacer.

I. DATOS GENERALES

Edad:.....años

Grado de Instrucción

- Analfabeta ()
- Primaria Incompleta ()
- Primaria Completa ()
- Secundaria Incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Superior Universitario Incompleto ()
- Superior Universitario Completo ()
- Superior No Universitario Incompleto ()
- Superior No Universitario completo ()

Procedencia:

- Rural ()
- Urbana ()
- Urbano marginal ()

Estado Civil:

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()

Ocupación Actual:

- Estudiante ()
- Empleada ()
- Obrera ()
- Ama de casa ()
- Otro ()

II. DATOS OBSTETRICOS:

Paridad:

Primígesta ()

Multígesta ()

Gran Multígesta ()

Edad Gestacional

37 a 40 semanas ()

41 a más semanas ()

Evaluación del Trazado:

Línea de Base: Puntaje 2 ()

Puntaje 1 ()

Puntaje 0 ()

Variabilidad: Puntaje 2 ()

Puntaje 1 ()

Puntaje 0 ()

Reactividad: Puntaje 2 ()

Puntaje 1 ()

Puntaje 0 ()

Desaceleraciones:

Puntaje 2 ()

Puntaje 1 ()

Puntaje 0 ()

III. DATOS DEL PARTO

Parto Eutócico ()

Parto por Cesárea ()

IV. DATOS DEL RECIEN NACIDO:

Peso :

< 2500 ()

>2500 ()

Apgar :

8 a 10 puntos ()

5 a 7 puntos ()

< a 4 puntos ()

Sexo :

Masculino ()

Femenino ()

HOSPITAL SAN JOSE - CHINCHA										SERVICIO DE PEDIATRIA - UNIDAD NEONATOLOGIA									
HISTORIA CLINICA NEONATAL										ESTABLEC.					N° H.C. Mat.				
NOMBRE MADRE										EDAD años					ESTADO CIVIL unión				
NOMBRE PADRE										menor de 15					casada estable soltera otro				
DOMICILIO										mayor de 35					ESTUDIO				
TEL.										ALFABETA					nig. sec. años aprob.				
ANTECEDENTES PERSONALES										OBSTETRICOS									
FAMILIARES										gestas abortos vaginales nacidos vivos									
diabetes										partos cesáreas nacidos muertos									
TBC pulmonar										muertos 1° sem. R.N. CON MAYOR PESO									
hipertensión										viven									
gemelares										fin anterior embarazo									
otros										mes año									
PERSONALES										TBC									
diabetes										diabetes									
hipertensión - crónica										ninguno o más de 3 partos algún RN menor de 2500 gr. gemelares									
cirugía pélvica - uterina										partos cesáreas									
infertilidad										nacidos vivos									
otros										muertos 1° sem. R.N. CON MAYOR PESO									
DUDAS										nig. sec. años aprob.									
ANTITETANICA										ESTUDIO									
actual 1°										nig. sec. años aprob.									
actual 2°/R										pri univ.									
mes gesta										casada estable soltera otro									
EMBARAZO ACTUAL										HOSPITALIZACIÓN									
PESO ANTERIOR										no si									
TALLA (m)										TRASLADO									
FPP FUM										no si									
DUDAS										lugar									
EX CLINICO NORMAL										GRUPO									
EX MAMAS NORMAL										FUMA									
HIV										cigarrillos por día									
TORCH										HOSPITALIZACIÓN									
INGRESO										no si									
TEMPERATURA										TRASLADO									
PATOLOGIAS										lugar									
ninguna										diabetes									
emb. múltiple										desprop. cef. pelv.									
hipert. previa										infec. puerp.									
preeclampsia										infec. urinarias									
eclampsia										hemorragia 1 trim									
cardiopatía										hemorragia 2 trim									
amen. parto prem.										hemorragia 3 trim									
										otras									
										R.C.I.U.									
										anemia crónica									
										rot. pre memb.									
TERMINACIÓN										MEMBRANAS									
espont. forc. vacum cesárea otra										fecha ruptura									
hora minut. día mes año										esp. int. hora minut. día mes									
NIVEL DE ATENCIÓN										cas. elect. rot.									
3° 2° 1° domic. otro										cas. elect. rot.									
INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO INDUCCIÓN										N° H.C. RN									
ATENDIDO										nombre RN									
médico obst/ enf. auxil. estud. otro										nombre									
PARTO										nombre									
1° MATER										NEONATO									
1° RN										nombre									
MEDICACIÓN EN PARTO										ning. anest. reg. anest. gen. analges. tranquil. ocitoc. antibiot. otra									
RECIEEN NACIDO										SEXO									
En aborto y FM sólo sexo y peso										f m									
PESO AL NACER										TALLA									
menor 2500 g.										mm.									
PER. CEF.										EDAD POR EX. FISICO									
mm.										sem. menor de 37									
PESO E.G.										APGAR									
adec. peq. gde.										1° minuto 5°									
6 o menor										REANIM. RESPIR.									
mascara tubo										no mascara tubo									
ALOX. CONJUNTO										HOSPITALIZADO									
si no										no si									
VIT. K										BCG									
si no										si no									
HVB										EGRESO R.N.									
si no										sano traslado con patol. fallece									
PROFILAXIS OCULAR										ALIMENTO									
si no										pecho mixto artificial									
CARNET S.										PESO AL EGRESO									
si no										g.									
OBSERVACIONES										MÉDICO RESPONSABLE									
										FIRMA DE LA MADRE									
										FIRMA DE LA ENFERMERA									

EG = K + SUMA ITEM = EG. EN DIAS
 EG. EN DIAS : 7 = EG EN SEMANAS



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
Teléfono 514760 -Pág. Web. www.unheval.edu.pe/postgrado



RESOLUCIÓN N° 01997-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 17 de Septiembre de 2015.

Vistos los documentos presentados por los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, solicitando designación de Jurados Revisores de Tesis;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.;

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1°.- Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con la disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Salud con menciones en: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, el Art. 35°, del Reglamento de La Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento del jurado evaluador de Tesis;

Que, con la Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 06.AGOS.15, se designo como asesora a la Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA, de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia – Sección Ica II;

Que, se ha solicitado a la Dirección de la EPG y al Decanato de la Facultad de Obstetricia, la propuesta de una terna del Jurado Examinador de Tesis, quienes remiten la designación de la Comisión correspondiente y estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado, por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

1° DESIGNAR, a los miembros del Jurado Examinador de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia – Sección Ica II, el mismo integrado por los siguientes docentes, de los alumnos de acuerdo al cuadro, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

- 1.1. Dr. Reynaldo Marcial Ostos Miraval Presidente
- 1.2. Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio Secretaria
- 1.3. Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa Vocal
- 1.4. Med. Francisco Javier Vargas Vásquez Accesorio

N°	TESISTA	TITULO DE PROYECTO
01	JENIFER JESÚS GUTIERREZ DULANTO	EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN VS. DIAGNÓSTICADA POR ECOGRAFÍA DEL I TRIMESTRE CON GESTACIÓN ÚNICA. CENTRO DE SALUD LA TINGUIÑA – ICA. FEBRERO – JULIO 2015.
02	PATRICIA ESMERALDA CASTRO HERNÁNDEZ	FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SU INCIDENCIA DE OVARIOS POLIQUÍSTICOS AL ESTUDIO ECOSONOGRÁFICO TRANSVAGINAL. PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN DE PORRAS. MARZO – JUNIO 2015.ICA.
03	GIANNINA FRANCESCA RAMÍREZ MARTÍNEZ	PONDERADO FETAL POR ECOGRAFÍA Y SU RELACIÓN CON EL PESO AL NACER EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. CENTRO DE SALUD "SAN JOAQUIN". ENERO – JULIO 2015. ICA –PERÚ.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMITIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
Teléfono 514760 -Pág. Web. www.unheval.edu.pe/postgrado



04	LILIANA MARISOL DE LA CRUZ RAMOS	DISTOCIA FUNICULAR DETECTADA POR ECOGRAFIA DURANTE LA GESTACIÓN. PUESTO DE SALUD SEÑOR DE LUREN. MAYO – JUNIO 2015.
05	ZOILIMAR BOLLET SHERON	ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA. ABANCAY 2014.
06	MELCHORITA ROSARIO CÁRDENAS TORRES	CARACTERÍSTICAS DE LOS ELEMENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS EN GESTANTES CON HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA. ICA 2014.
07	VANESSA MELINA BELLIDO ESPINOZA	CONCORDANCIA ENTRE LA EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN Y POR ECOGRAFÍA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. CENTRO DE SALUD ACARÍ. NOVIEMBRE 2013 A MAYO 2014.
08	BRENDA GERALDINE QUICAÑO QUISPE	VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR EN GESTANTES DE 33 A 40 SEMANAS DE GESTACIÓN – HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA. ABRIL – JUNIO 2015.
09	ESTHER MILAGROS BAUTISTA AGUIRRE	ELEMENTOS CARDIOTOCOGRAFICOS QUE SE ALTERAN EN GESTANTES CON ANEMIA CENTRO ESPECIALIZADO "CARDIO FETAL". ICA, ENERO – JUNIO 2015.
10	ANA LUISA ROJAS SOTO	PESO DEL FETO POR ECOGRAFIA EN EL EMBARAZO A TÉRMINO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL MARÍA REICHE NEWMAN MARCONA. ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.
11	EDELMA GLORIA OCHOA ESCOBAR	ALTERACIÓN DE LOS PARÁMETROS CARDIOTOCOGRAFICOS EN GESTANTES A TÉRMINO CON ANEMIA. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA- ENERO-ABRIL 2015.
12	GIOVANNA MARGOT HUAMANI MORON	PARÁMETROS ECOGRÁFICOS QUE SE ALTERAN EN GESTANTES MAYORES DE 32 SEMANAS CON CIRCULAR DE CORDÓN. CENTRO DE SALUD PARCONA – ICA. ENERO A MARZO 2014.
13	LILIANA EDITH REQUEJO LOZADA	LIQUIDO AMNIÓTICO POR ECOGRAFÍA Y SU ASOCIACIÓN CON EL CRECIMIENTO FETAL DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES A TÉRMINO. CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍA PERIODO ENERO – MARZO 2015.
14	CECILIA ALBORNOZ ROMERO	RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER. HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA – DE JULIO A DICIEMBRE 2014.
15	NUBIA MIRELLA PALACIOS VELARDE	EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. POLICLÍNICO SANTA ROSA. ICA, ENERO – JULIO 2014.
16	LIDIA YNES CAMA ABURTO	VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DEL PESO FETAL POR ULTRASONOGRAFIA EN GESTANTES A TÉRMINO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. PISCO, 2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 -Pág. Web. www.unheval.edu.pe/postgrado



17	SANDRA MARGOT SALVADOR ZAMBRANO	DIAGNÓSTICO DEL CIRCULAR DE CORDÓN EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. ENERO - JUNIO 2014.
18	ALBERTO LUIS PANIAGUA QUINTANA	DISMINUCIÓN DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO ESTIMADO POR ECOGRAFÍA EN PRIMIGESTAS PRETERMINO TARDÍO DE 34 - 36.6 SEMANAS Y SU RELACIÓN CON LOS PARÁMETROS CARDIOTOCOGRAFICOS. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. JULIO A DICIEMBRE 2014.
19	ZENILDA HUACCACHI GONZALES	EFFECTOS DE LA PREECLAMPSIA EN LOS TRAZADOS CARDIOTOGRAFÍCOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARIA ROSARIO DEL SOCORRO DE ICA ENERO - JULIO 2013.

- 2° **ENCARGAR**, al segundo Jurado Examinador de Tesis (Secretaria) emitir su informe dentro de los diez días siguientes, de recepcionado la presente Resolución.
- 3° **ESTABLECER**, si la Tesis solicitase correcciones, el alumno dispondrá de treinta días para realizar las correcciones correspondientes.
- 4° **DAR A CONOCER**, la presente Resolución a los miembros del jurado examinador y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese

Distribución:
Jurado
Interesados (16)
Cemcasalud
Fac. Obst.



"Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de la educación"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón:V – Block "A", 2do piso – Cayhuayna
 Página web: <http://postgrado.unheval.edu.pe>, email: epgunheval@gmail.com



RESOLUCIÓN N° 01843-2013-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 25 de agosto de 2015.

Vistos los documentos que se acompañan en dos (02) folios;

CONSIDERANDO

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.;

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1°.- Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con la disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, de acuerdo a la Nueva Ley Universitaria 30220 con el artículo 45° numeral 45.3 declara que el Título de Segunda Especialidad Profesional: requiere licenciatura u otro título profesional equivalente, haber aprobado los estudios de una duración mínima de dos semestres académicos con un contenido mínimo de cuarenta (40) créditos, así como la aprobación de una tesis o un trabajo académico;

Que, el Art. 30°, del Reglamento de Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento de asesor del Proyecto de Tesis;

Que, con resolución N° 0182-2015-UNHEVAL/EPG-CD, de 07.MAYO.15., se aprueba la Directiva de implementación complementaria de las asignaturas I y II con fines de Asesoramiento para la Titulación de la Segunda Especialidad en Obstetricia, menciones: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, con Oficio N° 0495-2015-UNHEVAL-FOBST-D. del 20.JUL.15, se designa a los docentes del Programa de Asesoría Académica Presencial de las Segundas Especialidad en Obstetricia que se llevara a cabo en las diferentes Secciones los días sábados y domingos;

Que con Oficio N° 0107-2015-UNHEVAL-EPG-CENCASALUD SAC/CA. del 30.JUL.15, se da la relación de los participantes para la Asesoría Presencial de Tesis de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia;

Que, con Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D. del 06.AGO.15., se designa a la Mg. Rosario de la Mata Huapaya, como asesora del Programa de Asesoría Presencial, de los proyectos de tesis, de los alumnos (as) de la segunda especialidad en obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, de la Sección Ica;

Que, estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

1° INCORPORAR, en la relación de participantes a las obstetras Lidia Ynés CAMA ABURTO y Vanessa Melina BELLIDO ESPINOZA, al programa de asesoría presencial de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, Sección Ica, la misma que estará integrada por los siguientes alumnos, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. JENIFER JESÚS GUTIÉRREZ DULANTO | 6. MELCHORITA ROSARIO CÁRDENAS TORRES |
| 2. PATRICIA ESMERALDA CASTRO HERNÁNDEZ | 7. VANESSA MELINA BELLIDO ESPINOZA |
| 3. GIANNINA RAMÍREZ MARTÍNEZ | 8. BRENDA GERALDINE QUICAÑO QUISPE |
| 4. LILIANA MARISOL DE LA CRUZ RAMOS | 9. ESTHER MILAGROS BAUTISTA AGUIRRE |
| 5. ZOILIMAR BOLLET SHERON | 10. ANA LUISA ROJAS SOTO |



"Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de la educación"



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón:V – Block "A", 2do piso – Cayhuayna
Página web: <http://postgrado.unhcv.edu.pe>, email: epgunheval@gmail.com

11. EDELMA GLORIA OCHOA ESCOBAR
 12. GIOVANNA MARGOT HUAMANI MORON
 13. LILIANA EDITH REQUEJO LOZADA
 14. CECILIA ALBORNOZ ROMERO
 15. NUBIA MIRELLA PALACIOS VELARDE
 16. LIDIA YNES CAMA ABURTO
 17. SANDRA MARGOT SALVADOR ZAMBRANO
 18. ALBERTO LUIS PANIAGUA QUINTANA
 19. ZENILDA HUACCACHI GONZALES
- 2° ENCARGAR a la asesora los Proyectos de Tesis, emitir su informe de acuerdo a los estipulados en el reglamento de la segunda especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia.
- 3° DAR A CONOCER la presente Resolución a la asesora e interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSTGRADO

D^{ra}. Lucy Lidia Ostos Miraval
DIRECTOR

Distribución:
Cencasalud
Asesor
Interesada
fac.obst.
Archivo

"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático"

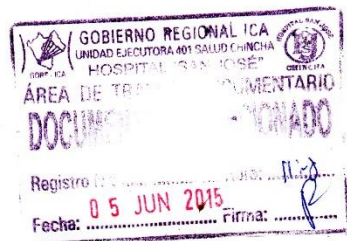
Solicito: Autorización Para Realizar Estudio de Historias Clínicas

Srta. Director Ejecutivo del Hospital San José de Chincha.

S.D.

Atención: Oficina de Estadística.

Presente.



Yo, Cecilia Albornoz Romero, identificada con DNI 40112788, Obstetra con COP 11610, con domicilio en Av. San Martín N° 340-B, localidad de Chincha Alta, Provincia de Chincha, ante usted me presento y digo:

Que, para optar el Título de Especialista en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes, deseo realizar mi tesis con el título "Relación Entre Test no Estresante no Reactivo y Puntaje de Apgar al Nacer en el Hospital San José de Chincha del 01 de Julio al 31 de Diciembre 2014", por lo que solicito realizar la revisión de Historias Clínicas de ese período.

Por lo tanto, solicito a usted se sirva ordenar a quien corresponda, me conceda el pedido.

Espero acceda a mi petición por ser de justicia.

Chincha Alta, 04 de Junio del 2014.

Obst. CECILIA ALBORNOZ ROMERO
DNI 40112788



NOTA N° 207-GORE-ICA-UE401-HSJCH-DE-15.

A : Lic. Obst. CECILIA ALBORNOZ ROMERO

DE : **Dr. ALFONSO EDUARDO ORMEÑO VILLA**
Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora 401 Salud Chincha

ASUNTO: Autorización para realizar revisión a Historias Clínicas

REF : Solicitud S/N (10-11-2015)

FECHA :| Chincha Alta, 12 de Noviembre de 2015.

Mediante la presente le expreso mis cordiales saludos y a la vez para hacer de su conocimiento que éste despacho autoriza la revisión de Historias Clínicas del 01 de Julio al 31 de Diciembre del 2014, requisito indispensable para la elaboración de su Tesis.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



Dr. ALFONSO EDUARDO ORMEÑO VILLA
C.M.P. 10214 - R.M.E. 6467
DIRECTOR EJECUTIVO

AEOV/DE-UE401SCH.
kcs/sec.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
Hospital "San José" de Chincha
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Av. Abelardo Alva Maurtua # 600
Ica - Chincha.

" AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION "

Chincha Alta , 11 de Noviembre del 2015

OFICIO N° 391-2015-HSJCH-OEel

Dr. ALFONSO EDUARDO OREMEÑO VILLA
Director Ejecutivo del Hospital " San José "



ASUNTO : AUTORIZACION DE REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
REF. : EXP.: 15648

Me es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente; y a la vez hacer de su conocimiento que la Lic.OBST. Cecilia Albornoz Romero con fecha 05 de Junio del 2015 solicitó autorización para la revisión de Historias Clínicas del 01 de Julio al 31 de Diciembre del 2014 ; sobre el particular debo manifestar que esta Jefatura AUTORIZO lo solicitado por la recurrente ; y se le brindo las Historias Clínicas según el Numero de la Historia proporcionada por la citada Profesional

Es propicia la oportunidad para reiterarle la muestra de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente ;

SEAT/JOEel

A handwritten signature in black ink over a circular stamp. The stamp contains the text: "GOBIERNO REGIONAL ICA", "UNIDAD EJECUTORA DE SALUD CHINCHA", "HOSPITAL 'SAN JOSÉ'", and "SAOQUETA APODAYA TORRES JEFA DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA".



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V 'A' 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760 - Pág. Web www.unheval.edu.pe/postgrado



RESOLUCIÓN N° 02035-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 22 de setiembre de 2015.

Visto, los documentos que se acompañan en ocho (08) folios;

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo a la Resolución N° 004-2010-UNHEVAL-CU, de fecha 25.ENE.10, se aprobó el Convenio entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Escuela de Postgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud CENCASALUD S.A.C.;

Que, con Resolución N° 1640-2013-ANR, de fecha 25. OCT.13., en la parte Resolutiva Art. 1°.- Declara que la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, con sede en la ciudad de Huánuco, ha cumplido con la disposiciones establecidas en los artículos 24° y 92°, incisos e) y f), de la Ley Universitaria N° 23733, respecto a la creación y funcionamiento del Programa de Segunda Especialidad en Salud con menciones en: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia y Alto Riesgo en Obstetricia;

Que, el Art. 35°, del Reglamento de La Segunda Especialización en Obstetricia, establece los procedimientos a seguir para nombramiento del jurado evaluador de Tesis;

Que, con la Resolución N° 01679-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 06.AGOS.15, se designo como asesora a la Mg. ROSARIO DE LA MATA HUAPAYA, de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II;

Que, con la Resolución N° 01997-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 17.SET.15, se designó a los Miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado "RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER. HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA - DE JULIO A DICIEMBRE 2014", el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Reynaldo Ostos Miraval, Presidente; Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio, Secretaria; Mg. María Del Pilar Melgarejo Figueroa, Vocal; y Med. Francisco Javier Vargas Vásquez, Accesorario;

Que, con la solicitud N° 0265071, de fecha 21.SET.15, la Obstetra de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, Cecilia ALBORNOZ ROMERO, solicita se programe la fecha y la hora de la sustentación;

Estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Postgrado por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Postgrado de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

- 1° FIJAR fecha y hora de sustentación de la tesis titulada: "RELACIÓN ENTRE TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO Y PUNTAJE DE APGAR AL NACER. HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA - DE JULIO A DICIEMBRE 2014", a cargo de la Obstetra de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Ica II, Cecilia ALBORNOZ ROMERO, para el día 26.SET.2015, a horas 11:00 a.m., en el Auditorium del Colegio Regional de Obstetras de Ica, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° DAR A CONOCER la presente Resolución a los miembros del jurado y al interesado.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Reynaldo M. Ostos Miraval
DIRECTOR

Distribución
Folios personales
Interesado
Miembros del jurado (3)
Archivo

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: Albornoz Romero, Cecilia

DNI: 40112788

Fecha de nacimiento: 03 de Mayo 1975

Teléfono/celular: 956816101

Correo electrónico: cceciliacar@gmail.com

ESTUDIOS:

Primaria:

Nombre del I.E.: Colegio Nacional Nuestra Señora de las Mercedes

Lugar: Huánuco

Año de ingreso y de egreso: 1981 a 1986

Secundaria:

Nombre del I.E. Colegio Nacional Nuestra Señora de las Mercedes

Lugar: Huánuco

Año de ingreso y de egreso: 1987 a 1991

Superior:

Nombre del I.E: Universidad Nacional Hermilio Valdizan

Lugar: Huánuco

Año de ingreso y de egreso: 1992 a 1996

Segunda especialidad:

Nombre del I.E. Centro de Estudios CENCA Salud y Universidad Nacional Hermilio Valdizan

Lugar: Ica

Año de ingreso y de egreso: 2012 a 2014

GRADOS Y TÍTULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia. Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco

Año: 1998

Título de Obstetrix - Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco

Año: 1998

OTROS ESTUDIOS:

Maestría: No

Doctorado: No

Otros estudios: Diplomados En Monitoreo Electronico Fetal. Diplomado en Alto Riesgo Obstétrico.

CENTRO/S LABORAL/ES ACTUAL/ES – CARGO/S:

Hospital San José de Chincha

Cargo de Coordinadora de Internos de Obstetricia.

Ica, 01 de Diciembre 2015.

