

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN
GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION
PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFIA. HOSPITAL
CESAR GARAYAR GARCIA 2016.**

TESISTA: SHEYLHA SIMITH COILA GIERATHS

ASESOR: DRA. MARY LUISA MAQUE PONCE

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.**

IQUITOS – PERÚ

2 017

**FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESÁREA EN
GESTANTES A TÉRMINO, CON DIAGNÓSTICO DE MADURACIÓN
PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFÍA. HOSPITAL
CESAR GARAYAR GARCÍA 2016.**

DEDICATORIA

A Dios, por concederme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada momento de mi vida, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por la vida, por vivir todas estas experiencias.

A la asesora de tesis, Dra. Mary Luisa Maque Ponce.

A los directivos del Hospital Cesar Garayar García por autorizar la ejecución de
la presente investigación.

A todas las personas que de una u otra forma, colaboraron en la realización de
este trabajo de investigación.

INDICE

| | |
|---|------|
| TÍTULO..... | II |
| DEDICATORIA | III |
| AGRADECIMIENTO | IV |
| ÍNDICE..... | V |
| RESUMEN..... | VII |
| SUMMARY..... | VIII |
| INTRODUCCIÓN | IX |
| CAPÍTULO I..... | 11 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 11 |
| 1.1. Fundamentación del problema..... | 11 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 14 |
| 1.2.1 Problema General..... | 14 |
| 1.2.2 Problemas Específicos | 14 |
| 1.3 Objetivos | 15 |
| 1.3.1. Objetivo General..... | 15 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos..... | 15 |
| 1.4 Justificación e importancia | 15 |
| 1.5 Limitación | 17 |
| CAPITULO II..... | 18 |
| MARCO TEÓRICO | 18 |
| 2.1 Antecedentes | 18 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales..... | 18 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales | 22 |
| 2.1.3 Antecedentes Locales..... | 26 |
| 2.2 Bases teóricas..... | 26 |

| | |
|--|----|
| 2.3. Definición de Términos Básicos | 40 |
| CAPITULO III | 44 |
| ASPECTOS OPERACIONALES | 44 |
| 3.1. Hipótesis:..... | 44 |
| 3.1.1 Hipótesis Alternativa..... | 44 |
| 3.1.2 Hipótesis Nula..... | 44 |
| 3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores | 44 |
| 3.2.1 Variable Independiente | 44 |
| 3.2.2 Variable Dependiente | 44 |
| CAPITULO IV..... | 45 |
| MARCO METODOLÓGICO | 45 |
| 4.1. Dimensión Espacial y Temporal..... | 45 |
| 4.2. Tipo de Investigación..... | 45 |
| 4.3. Diseño de Investigación..... | 45 |
| 4.4. Determinación del Universo/Población y muestra | 46 |
| 4.4.1 Universo..... | 46 |
| 4.4.2 Población | 46 |
| 4.4.3 Selección de la Muestra..... | 46 |
| 4.5. Tipo de Muestreo | 47 |
| 4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 47 |
| 4.6.1 Las fuentes | 47 |
| 4.6.2 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos | 48 |
| 4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis y Presentación de Datos | 49 |
| CAPITULO V..... | 51 |
| RESULTADOS..... | 51 |
| DISCUSIÓN | 56 |

| | |
|---------------------------------|----|
| CONCLUSIONES | 59 |
| RECOMENDACIONES | 60 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 61 |
| ANEXOS | 63 |

RESUMEN

El presente trabajo titulado Factores condicionantes de parto por cesarea en gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el hospital Cesar Garayar Garcia octubre-diciembre 2016, tuvo como objetivo general conocer los factores que condicionan al parto por cesárea en gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria en el Hospital Cesar Garayar García 2016; El tipo de investigación empleado fue retrospectivo transversal y analítico. Para efectos de la recolección de la información se seleccionó una muestra por conveniencia de 67 gestantes con historias clínicas obstétrica, las mismas que fueron empleadas para el llenado de la ficha de recolección de datos. Luego del procesamiento de datos se obtuvo los siguientes resultados: Con respecto a la edad de mujeres gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016, tenemos que en promedio tienen 26 años de edad. un 65.67% (44 casos) son multíparas. El 62.69% tuvo algún tipo de patología, siendo el más frecuente la hipertensión. Respecto a los resultados de ultrasonografía de maduración placentaria, un 65.67% (44 casos) tuvieron como resultado grado II de maduración placentaria, de ellas el 83.58% (56 casos) estuvieron entre 37 – 42 semanas de gestación. Y el 55.22% (37 casos) terminaron en Parto por cesárea.

Palabras clave: *Factores condicionantes, cesárea, maduración placentaria.*

SUMMARY

The present work entitled Factors conditioning cesarean delivery in term pregnant women with a diagnosis of placental maturation detected by ultrasonography in the hospital Cesar Garayar Garcia October-December 2016, had as general objective to know the factors that condition cesarean delivery in pregnant women a Term with diagnosis of placental maturation in the Hospital Cesar Garayar García 2016; The type of research used was cross-sectional and analytical. For the purposes of data collection, a sample was selected for convenience of 67 pregnant women with obstetric medical records, the same ones that were used to fill the data collection form. After the data processing, the following results were obtained: With regard to the age of pregnant women at term, with a diagnosis of placental maturation detected by ultrasonography at the Hospital Cesar Garayar García October-December 2016, we have, on average, 26 years of age . 65.67% (44 cases) are multiparous. 62.69% had some type of pathology, being the most frequent hypertension. With regard to ultrasound results of placental maturation, 65.67% (44 cases) resulted in grade II placental maturation, of which 83.58% (56 cases) were between 37 - 42 weeks of gestation. And 55.22% (37 cases) ended up in Cesarean section.

Key words: *Conditioning factors, cesarean section, placental maturation.*

INTRODUCCIÓN

Según indica un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizado en varios países de América Latina, los nacimientos por cesárea están relacionados con un aumento de la morbilidad materno y fetal. Este estudio, muestra como esta práctica, útil en casos de emergencia, puede resultar perjudicial cuando se utiliza en mujeres sanas.

En el año 1985, la Organización Mundial de la Salud declaró que no había justificación para que las tasas de cesáreas fueran mayores de 10% -15%, independientemente de la región.

Una cesárea se utiliza normalmente cuando se cree un parto vaginal sería un peligro para la salud de la madre o del hijo. Sin embargo, recientemente, el procedimiento se ha realizado debido a una decisión tomada por el médico o la madre. Una cesárea se puede realizar con anestesia, ya sea general o raquídea y el tiempo de recuperación es de aproximadamente 6-8 semanas para la mayoría de las mujeres durante el cual el tiempo de cópula sexual, levantar objetos pesados, exceso de ejercicio, subir escaleras y conducir deben ser evitados o limitados.

La presente investigación surge de la formulación de las siguientes interrogantes generales y específicas respectivamente: ¿Cuáles son los factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes a término con maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre a diciembre del 2016?, ¿Cuáles los factores condicionantes de parto por cesárea en Gestantes con maduración placentaria diagnosticada mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García 2016?, ¿Cuál es la frecuencia de gestantes con maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García 2016?, ¿Cuál es el

análisis factorial entre los factores condicionantes, la maduración placentaria y la Cesárea En el Hospital Cesar Garayar García?. Se planificó una investigación retrospectiva de nivel relacional transeccional y con el objetivo de Conocer los factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía. Hospital “César Garayar García” 2016; se precisaron las siguientes variables de estudio: Variables exógenas (Factores condicionantes y Maduración placentaria), Variable endógena (Parto por cesárea) respectivamente; las que fueron operacionalizadas con el propósito de alcanzar los objetivos.

La tesis se ha estructurado de la siguiente manera: el planteamiento del problema, marco teórico, aspectos operacionales, marco metodológico, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema de investigación

Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía, asimismo en aquellas de escaso acceso a una atención obstétrica integral.

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno infantil.

El envejecimiento placentario se produce en condiciones normales al término del embarazo, por esta razón es peligroso prolongar el embarazo más allá de la fecha probable de parto. También se puede producir tempranamente durante el embarazo debido a condiciones patológicas, como cuando existe hipertensión arterial, preclamsia, enfermedades renales, vasculares o el síndrome antifosfolipídico, una enfermedad que afecta al sistema inmunológico y que provoca que el organismo materno cree anticuerpos que atacan a la placenta, diabetes, cesáreas anteriores, consumo de tabaco u otras complicaciones.

El envejecimiento placentario puede detectarse durante el embarazo y al término del mismo mediante un examen clínico obstétrico y por estudios

complementarios especiales (ecografía). El diagnóstico de un crecimiento adecuado del bebé por altura uterina o por mediciones ecográficas antes de la fecha probable de parto es un indicativo de un correcto funcionamiento placentario. Pero en el caso de que no exista un crecimiento adecuado, puede ser signo de envejecimiento placentario. También existen estudios especiales para diagnosticar placenta envejecida como el ecodoppler fetal, que se realiza para valorar la circulación del bebé intraútero, pero que sólo se realizan en embarazos de riesgo (diabetes, hipertensión, embarazos múltiples). Llegado a término, el envejecimiento de la placenta puede valorarse indirectamente mediante el monitoreo fetal electrónico, que muestra si el bebé posee una buena reserva de oxígeno o no.

1.2. Formulación del problema de investigación

1.2.1. Problema General.

¿Cuáles son los factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes a término con maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre a diciembre del 2016?

1.2.2. Problemas Específicos.

- ¿Cuáles los factores condicionantes de parto por cesárea en Gestantes con maduración placentaria diagnosticada mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García 2016?
- ¿Cuál es la frecuencia de gestantes con maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García 2016?

- ¿Cuál es el análisis factorial entre los factores condicionantes, la maduración placentaria y la Cesárea En el Hospital Cesar Garayar García?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general.

Conocer los factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía. Hospital “César Garayar García” 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes con maduración placentaria diagnosticada mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García 2016.
- Determinar la frecuencia de gestantes con maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García 2016.
- Describir el análisis factorial entre los factores condicionantes, la maduración placentaria y la Cesárea.

1.4. Justificación e importancia.

La maduración placentaria es una complicación del embarazo, que conlleva un alto riesgo y es detectada en el tercer trimestre de la gestación, el diagnóstico ecográfico ha demostrado ser una herramienta importante que genera un impacto positivo al momento de evaluar los riesgos entre la madre y el feto; el mismo que ayuda a disminuir la mortalidad fetal en un

buen porcentaje. El factor de riesgo más importante para una gestante con maduración placentaria es la preclamsia y enfermedades renales.

Este estudio busca poner de manifiesto la relación que existe entre el procedimiento de una cesárea y la aparición de la patología de la placenta madura en embarazos a término; Ya que se estima que el 60% de los partos son por cesárea. Convirtiéndose el procedimiento de cesáreas clínicamente no necesarias en una importante problemática, que pone en los embarazos la vida materno-fetal en riesgo; y, se ha convertido en un importante problema de salud pública en todo el mundo. La importancia que tienen las cesáreas clínicamente justificadas y necesarias, que cuantifica el riesgo/beneficio materno-fetal, es con el fin de reducir la morbimortalidad; por lo tanto, debe tomarse muy en cuenta que el procedimiento de una cesárea conlleva también un aumento de la posibilidad de padecer placenta previa en embarazos posteriores.

En resumen, podemos concluir que la ecografía materno fetal es un examen de fácil acceso para las pacientes gestantes en los hospitales sin costo no efecto adverso, el mismo que tiene por finalidad evaluar el estado fetal en un momento determinado de la gestación.

Es importante asimismo que las personas que realizan el examen ecográfico estén adecuadamente capacitadas para que puedan identificar los factores condicionantes de una maduración placentaria que conllevan a una cesárea.

Propósito

El presente estudio de investigación trata de reunir la información necesaria relacionada a los factores condicionantes que conllevan a un

parto por cesárea en gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García, el mismo que ayudará a profundizar el conocimiento y manejo oportuna de la madre gestante y el feto.

La realidad nos indica que las gestantes captadas en los puestos de salud de las diferentes micro redes son referidas a los hospitales para realizarse sus ecografías de control trimestralmente, caso el diagnóstico ecográfico refiere una patología que conlleve a una placenta madura la profesional del puesto de salud refiere inmediatamente al especialista para su adecuado control y manejo del caso, todo esto a fin de proteger la vida de la madre y el feto.

La presente investigación ayudará a los profesionales responsables identificar con facilidad futuras complicaciones relacionadas con la maduración placentaria, lo mismo que contribuirá a disminuir las muertes maternas – fetales principalmente en el hospital Cesar Garayar García.

Viabilidad

La presente tesis es viable, por contar con información relacionada y los medios disponibles para su ejecución y cumplimiento.

1.5. Limitaciones

Debido a que se dispone de todos los medios exigidos para su cumplimiento, el presente proyecto no cuenta con limitación alguna.

CAPITULO II

MARCO TEÒRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Chango E. (1) Ecuador.2014.Realizó el estudio titulado: “Valor predictivo del monitoreo fetal anteparto para determinar complicaciones del neonato al nacimiento en mujeres embarazadas entre 18-35 años en la unidad metropolitana de salud sur” con el objetivo de demostrar que el monitoreo fetal electrónico anteparto no estresante realizado a partir de las 37 semanas nos permite diagnosticar el compromiso de bienestar fetal y evitar futuras complicaciones al nacimiento, encontrando los siguientes resultados: 1 888 mujeres que pertenecían a los controles tenían Apgar igual o mayor a 8 y 63 mujeres que pertenecían a los casos tenían un Apgar igual o menor a 7, por lo que los monitoreos fetales electrónicos anteparto no estresantes no permiten diagnosticar compromiso de bienestar fetal.

Chávez P. (2) Tulcán 2012. En su trabajo de investigación: “monitoreo fetal electrónico intraparto patológico y su relación con el Apgar neonatal en pacientes atendidas en centro obstétrico del hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán en el período de junio - septiembre del 2012”, cuyo objetivo fue: evaluar la eficacia del Monitoreo Fetal Electrónico para el diagnóstico de compromiso de bienestar fetal durante el trabajo de parto y su predicción en el

Apgar neonatal. Teniendo como resultado que, según el monitoreo fetal electrónico que 51 monitoréos de 97, tuvieron características normales; el 60.8% de presentaron una desaceleración (DIPS) del tipo I; 61 monitoréos fetales realizados a mujeres gestantes durante el trabajo de parto presentaron variabilidad moderada que equivale aun un 62.8%; 56 monitoréos fetales realizados a mujeres gestantes durante el trabajo presentaron líquido amniótico claro que equivale aun un 57.7 %; 73 mujeres gestantes durante el trabajo terminaron en parto normal o céfalo vaginal que equivale aun un 75.2%; 49 Recién Nacidos que presentaron APGAR DE 8-10 que equivale a un 50.5%. Así mismo, el autor concluyó con que el Monitoreo Fetal Electrónico es una prueba de bienestar utilizada con mucha frecuencia a nivel hospitalario de atención obstétrica ya sea en pacientes con embarazos de riesgo o en aquellas que no presenten riesgo. La realización de monitoréos continuos en pacientes en trabajo de parto aumenta el número de cesáreas por resultados falsos positivos dados por una inadecuada interpretación de resultados. La realización de monitoréos a mujeres durante el trabajo de parto han reducido la incidencia de recién nacidos con Apgar bajo al nacimiento. La inadecuada interpretación del monitoreo fetal electrónica aumentan el riesgo de complicaciones en el recién nacido.

América Latina es la región del mundo donde más cesáreas se practican. El 38% de los nacidos entre 2006 y 2010 vinieron al

mundo en un quirófano, según el último informe Estado Mundial de la Infancia de Unicef (3). Cada vez más mujeres y médicos desoyen las recomendaciones de las autoridades sanitarias, que llevan décadas alertando de los riesgos de resolver quirúrgicamente un proceso tan natural como nacer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que solo debe hacerse una cesárea cuando el parto no se puede desarrollar de manera normal, lo que sucede en un 15% de los casos. Por encima de esa cifra se consideran intervenciones quirúrgicas innecesarias.

La cesárea ni se creó gracias a los avances tecnológicos ni es un símbolo de los tiempos modernos. Numa Pompilio, el sucesor de Rómulo y segundo rey de Roma, fue su primer impulsor. La *Lex caesarea* que dictó exigía que, en caso de muerte de una mujer embarazada, se practicara una incisión en el abdomen para tratar de salvar la vida del niño o, lo que era más común, enterrar a hijo y madre por separado. Unos 2.700 años después la ley romana parece imponerse en los hospitales de América Latina, aunque bendecida por el desarrollo de la medicina. Ya no es una intervención a posteriori. Hoy es la forma más rápida e indolora de parir.

Algunos lectores de EL PAÍS se preguntan cuál es la situación del resto de países de América Latina tras la publicación esta semana de la noticia Uno de cada dos mexicano nace mediante cesárea. El informe de Unicef pone a la cabeza a Brasil, con el 50% de cesáreas. Sin embargo, la ONG mexicana El Poder del Consumidor asegura que en 2012 el país norteamericano superó al gigante

sudamericano. Países como la República Dominicana (42%) o Paraguay (33%) también doblan con creces el reto de la OMS. El informe de Unicef no ofrece datos de Chile, Argentina o Venezuela, pero indicadores nacionales muestran la misma tendencia.

Las cifras hablan de medias, pero las diferencias porcentuales entre los hospitales públicos y las clínicas privadas son abismales. El número de cesáreas en los centros privados supera el 70% en México (41% en los públicos) o el 60% en Chile, según el Ministerio de Salud chileno. En Venezuela, sin datos oficiales, el doctor y miembro de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Fredy González aseguró a France Presse que el índice supera el 70% en las clínicas privadas y que se mantiene en un 40% en las públicas. Con cifras más bajas que sus vecinos, Argentina tuvo un 26,7% de cesáreas en 2011, según datos del Gobierno.

En EE UU el 31% de los partos acaba en cesárea, un índice que no ha dejado de aumentar en los últimos 15 años

El avance de la cesárea no es una novedad. Ya en los años 70 y 80 su uso se incrementó de manera alarmante en Estados Unidos. Se popularizó la creencia de que era lo menos peligroso para el bebé y para la madre. Los estudios y análisis de expertos mundiales demostraron el error: una cesárea no implica ningún beneficio y multiplica por diez los riesgos de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos, según la OMS. Pese a las advertencias, las cifras en EE UU aún son muy altas, con un 31% de cesáreas según Unicef, y han ido en aumento en los últimos 15 años.

La historia de la cesárea corre hoy en dirección contraria a las recomendaciones de las autoridades sanitarias. La OMS trata de pasar página de un método que se malentendió como lo moderno y avanzado. Hay una falsa leyenda que atribuye el término cesárea al nacimiento de Julio César, pero los expertos han desechado la hipótesis porque la madre del patricio vivió hasta los 46 años. Eran unos tiempos en los que ninguna mujer sobrevivía a la intervención, prueba que Julio César llegó al mundo de forma natural. Derribado el mito etimológico, la cesárea se enfrenta ahora a mitos médicos.

(6)

**Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud Avenue Appia 20, CH-1211
Ginebra 27, Suiza Correo electrónico:
reproductivehealth@who.int.** Durante 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Para ello se han basado en la siguiente declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil): «No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%». El panel llegó a esta conclusión a partir de la revisión de los pocos datos existentes en ese momento, procedentes principalmente de países europeos donde, con esta tasa de cesárea, se obtenían resultados maternos y perinatales adecuados.

Sobre la base de datos disponibles con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente (3):

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortinatalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Tejada S. (4). Lima. 2016. Realizó el estudio titulado. "Relación entre las conclusiones del test no estresante y los resultados perinatales en embarazos a término de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, siendo el objetivo: Determinar la relación entre las conclusiones del test no estresante y los resultados perinatales en embarazos a término de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Resultados: Los resultados perinatales de embarazos a término fueron: color normal del líquido amniótico en un 78.8%, APGAR de 7 a 10 a los cinco minutos en un 99.4%, 99.4% de recién nacidos no se hospitalizaron y 100% de neonatos no llegaron a morir. No se evidencia relación entre conclusiones del test no estresante y la vía de parto ($p=0.131$) y el puntaje APGAR a los cinco minutos ($p=0.748$), por otro lado se evidenció relación entre la conclusión del test estresante y la hospitalización del recién nacido ($p=0.000$).

Galarza C. (5) .Lima 2011. Realizó el estudio titulado "Hallazgos cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado" con el objetivo de describir los principales hallazgos cardiotocográficos en gestantes con embarazos prolongados atendidos en el INMP durante el periodo de 2009 – 2010. Siendo los resultados: 79,6% de las gestantes tuvieron entre 20 a 35 años y 41,7% fueron nulíparas. 85,4% de las gestantes tuvieron CST (Test Estresante) y 14,6% fueron NST (Test No Estresante). Los resultados cardiotocográficos fueron: 97,1% del total de las líneas de Base de la frecuencia

cardiaca fetal se encontró entre 120 - 160 lat./min. 56,3% tuvieron variabilidad entre 5 - 9 lat. /min. 70,9% tenían aceleraciones presentes y sólo el 20,4% presentó desaceleraciones, siendo más frecuentes las variables y espigas. 68 de los CST y 10 de los NST representaron un buen estado fetal al ser TST Negativo Reactivo y NST Fetos Activos Reactivos respectivamente y según el Puntaje de 75,7% tuvieron un estado fetal fisiológico. Los resultados neonatales fueron: el líquido amniótico fue claro en 73,8% de los embarazos. En el 87,4% de casos la cantidad de líquido fue normal. 70,9% del peso del recién nacido fue adecuado para su edad gestacional y 98,1% tuvieron APGAR mayor a 7 al 1min y a los 5min. Al comparar la edad gestacional por FUR o ecografía del I trimestre con la calculada al momento del parto, según Capurro sólo 1,9% de los casos tenían 42 semanas. Conclusiones: La mayoría de los embarazos prolongados tuvieron resultados cardiotocográficos dentro de parámetros normales.

Yaranga J. (6) . Lima 2006. Realizó el estudio titulado: "Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográficos de calcificaciones placentarias y oligohidramnios", siendo el objetivo del estudio fue determinar las principales diferencias en los resultados perinatales entre gestantes con embarazo prolongado y evidencia ultrasonográficos de calcificaciones placentarias y oligohidramnios en comparación con gestantes con embarazo prolongado sin evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. Llegó a los

siguientes resultados: La incidencia de embarazo prolongado fue 0,73%. El 41,7% de gestantes con embarazo prolongado tuvo evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. El 38,3% (n igual 46) de gestantes con embarazo prolongado presentó resultado perinatales adversos. Existió mayor riesgo de resultados perinatales adversos en embarazos prolongados con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios (OR 4,58; 95% IC 2,74 – 7,65)

Gálvez E. (7) Lima 2013. En su tesis titulada Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013 cuyo objetivo fue determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. Tuvo los siguientes resultados: Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y

por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. Así mismo, concluyó que La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero - Diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas.

Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo-pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).

2.1.3. Antecedentes Locales.

Olivares L. (8) Iquitos 2016. En tu tesis Valor del monitoreo fetal electrónico intraparto en el diagnóstico del sufrimiento fetal agudo en el hospital III Iquitos de EsSalud, Setiembre a Octubre 2016, cuyo objetivo fue Determinar el valor del monitoreo fetal electrónico en el diagnóstico del sufrimiento fetal agudo en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, Setiembre a Octubre 2016. Tuvo como resultado lo siguiente: El 67.7% (105) de las gestantes tuvieron valores normales del monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto, el 29.7% (46) tuvieron valores en rango de sospechoso para sufrimiento fetal agudo, y el 2.6% (4) en rango patológico.

El 85.8% (133) de las gestantes tuvieron recién nacidos con Apgar normal, el 11.6% (18) depresión moderada y el 2.6% (4) depresión severa; en el 10.3% (16) de los recién nacidos presentaron líquido meconial y fueron diagnosticados como sufrimiento fetal agudo.

El valor predictivo positivo del monitoreo fetal electrónico en trabajo de parto para el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo fue de 28.0%; y el valor predictivo negativo fue de 98.1%

La sensibilidad del monitoreo fetal electrónico en trabajo de parto para el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo fue de 87.5%; y la especificidad de 74.1%.

El 75.0% de las gestantes que presentaron monitoreo fetal intraparto patológico presentaron sufrimiento fetal agudo, los valores del monitoreo fetal electrónico se asoció significativamente ($p = 0.000$) a la presencia de sufrimiento fetal agudo.

Así mismo, llegó a la conclusión que el estudio demostró que el monitoreo fetal intraparto es sensible para determinar sufrimiento fetal agudo.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Ultrasonografía en maduración placentaria.

El primer signo ultrasonográfico de posible embarazo es el engrosamiento y mayor ecogenicidad de la cavidad endometrial, hallazgos que se correlacionan con la reacción decidual, una respuesta a la implantación y estimulación hormonal. Suele

identificarse un saco gestacional a los 4 semanas y 3 días con una ecografía transvaginal, sin embargo, la placenta no suele identificarse hasta las 6 semanas menstruales, (7 a 9 semanas menstruales por vía transabdominal). Las características ultrasonográficas de la placenta temprana son mayor ecogenicidad y engrosamiento de la reacción decidual alrededor del saco.

Desde este lugar el corion frondoso se desarrollará haciéndose evidente al ultrasonido hacia la 7^a a 8^a semanas; con altas frecuencias es posible identificar pequeñas áreas anecogénicas que representan las lagunas vasculares del sincitiotrofoblasto. A la 8^a semana el trofoblasto se observa más eco-refringente y de mayor tamaño, siendo su espesor de un tercio a un quinto del diámetro del saco gestacional: a la 9^a semana el grosor disminuye ligeramente pero sus límites se acentúan. En las semanas sucesivas el trofoblasto continúa su evolución y ocupa toda la periferia del saco gestacional. Separándolo claramente de la pared miometrial. Al final del primer trimestre la placenta aparece a la exploración ecográfica como una estructura discoide, finamente granular, ocupando la mayor parte de la superficie endometrial. Durante el segundo trimestre de gestación la placenta adecúa su volumen a las necesidades fetales aumentando sobre todo en espesor. Durante el segundo trimestre la placenta tiene un tipo ecogénico granuloso uniforme, después de las 20 semanas menstruales ocurren cambios ultrasonográficos graduales, que incluyen la aparición de tabiques, zonas hiperecogénicas catalogadas como depósitos de calcio, áreas sonolúcidas y "festoneada" de la

placa coriónica. Estos cambios a menudo dependen de la edad gestacional y se pueden usar para establecer una clasificación placentaria. La medición del espesor placentario se mantiene con pocas variaciones durante el último trimestre: sin embargo, la placenta continúa extendiéndose en superficie hasta casi el final del embarazo; esto hace que a partir de la 32ª semana de amenorrea no se consiga su visualización completa.

Valoración Ecográfica de la Placenta

Pese a sus limitaciones, hoy en día los ultrasonidos se han convertido en el mejor método de valoración de la placenta intraútero. Ante cualquier exploración ultrasonográfica del segundo y tercer trimestre del embarazo deben estudiarse y emitirse en el informe los siguientes aspectos de la placenta: localización, biometría, estructura, patología.

1. Localización

Puede resultar difícil la localización de la placenta por interposición de partes fetales, sobre todo en los casos de feto macrosómico, embarazos múltiples, oligoamnios, gran espesor de la pared abdominal o tumores uterinos y anexiales. Por otra parte, escaso llenado vesical y más frecuentemente la excesiva distensión de ésta puede condicionar una falsa extensión de la placenta; debiéndose valorar este hecho para realizar técnicas invasivas, ya que placentas que ocupan toda la cara anterior del útero, tras el vaciado de la vejiga, permiten obtener ventanas acústicas suficientes

para las punciones. La ecografía vaginal permite durante los primeros meses del embarazo solucionar las posibles dudas, con lo que el diagnóstico de localización placentaria correcto se consigue en más del 97% de los casos, ya que la placenta se reconoce fácilmente por su mayor ecogenicidad en relación con las estructuras que la rodean, miometrio y vasos subplacentarios por un lado y líquido amniótico por el otro.

Con excepción de las mujeres que van a ser sometidas a biopsia de vellosidades corionicas, la evaluación precisa de la posición de la placenta no es necesario cuando se examina durante el primer trimestre. Debido a los cambios de posición del cuerpo del útero en gestaciones tempranas, la ubicación de la placenta puede cambiar en relación con el orificio cervical interno (OCI). Algunos autores recomiendan informar la localización de la placenta recién a las 20 a 22 semanas de gestación debido a que en este tiempo en el 95% de las pacientes se observa con claridad la localización en el fondo uterino y por lo tanto no desarrollaran placenta previa en edades gestacionales más avanzadas, el 5% restante tendrá placentas bajas contiguas al OCI y deberán ser evaluadas en el tercer trimestre, solo 1 de estas 5 desarrollaran verdaderamente una placenta previa.

2. Biometría

Aunque ecográficamente es posible medir la extensión y el volumen placentario, a efectos prácticos resulta más útil la obtención del grosor placentario, que aporta similar información y no necesita la visualización completa de la placenta ni la aplicación de fórmulas

matemáticas complejas. El grosor placentario se obtiene midiendo la distancia máxima entre la placa basal y la corial. Debiéndose evitar los bordes placentarios y el fondo uterino debido a que pueden dar valores erróneos. Para una correcta medición, la sonda se colocará perpendicular a la placa corial, en una zona libre de partes fetales, debiéndose explorar al menos un tercio del tejido placentario. En general éste aumenta progresivamente hasta la semana 33 a 34 para, posteriormente, se estabiliza e incluso disminuye algo al final del embarazo. El espesor de la placenta aumenta con el avance de la edad gestacional. Una placenta delgada sugiere un feto pequeño o polihidramnios, mientras que una placenta gruesa puede acompañar a un desprendimiento de placenta, hidrops fetal, embarazo molar, triploidía, hemorragia, diabetes mellitus materna, anemia, infección, y aneuploidías. A modo de orientación cabe recordar la regla de Callen, donde la medición obtenida en el medio de la placenta, perpendicular a su plano, determina un espesor medio en milímetros aproximadamente igual a la edad menstrual en semanas, no debiendo superar los 40 mm entre las semanas 35 a 40. Algunos autores establecen como límite máximo 5 cm.

3. Estructura

En la placenta podemos distinguir tres zonas con diferentes ecoestructuras y aunque ésta varía según la edad gestacional, la interface entre ambas las delimita claramente a lo largo de todo el embarazo.

Placa basal. Es la zona de contacto entre la placenta y el miometrio. Ecográficamente aparece como una zona econegativa o anecogénica con ecos lineales y reticulares y que corresponde a la capa esponjosa de la decidua basal y a las venas maternas que salen de la placenta. Esta zona recibe el nombre de línea negra o complejo retro placentario o sub placentario y mide generalmente alrededor de 10 mm, aunque en ocasiones puede ser muy llamativa, pudiéndose confundir con un hematoma retro placentario. Separando al complejo sub placentario del parénquima propiamente dicho se encuentra la membrana de Nitabuch, que aparece como una línea blanca, ya que tiene mayor ecorrefringencia que las estructuras que la rodean.

Placa corial. Se reconoce frecuentemente debido a la interfase con la cavidad amniótica. Su ecoestructura es rectilínea y de ecogenicidad media, pudiéndose ubicar a este nivel la inserción del cordón umbilical.

Parénquima placentario. Está delimitado por la placa corial y la basal. Tiene un aspecto homogéneo y granular, aunque a lo largo de la gestación aparecen zonas con distinta ecogenicidad.

Estos tres componentes de la placenta sufren cambios evolutivos fisiológicos a medida que avanza la gestación. Pudiendo ser observados con ultrasonido.

Placa basal: La membrana de Nitabuch o línea blanca que al final del primer trimestre es casi imperceptible; aumenta en grosor y ecorrefringencia por depósitos del calcio. Durante el tercer trimestre emite tabiques finos que penetran hacia el espesor de la placenta. Por

otra parte. El complejo venoso se hace más evidente por aumento de flujo a dicho nivel.

Placa corial: Es identificable desde las primeras etapas del embarazo por estar rodeada de líquido amniótico, apareciendo rectilínea o suavemente ondulada. Al final de la gestación su ondulación se hace más marcada. Así como su ecorrefringencia. Pudiéndose apreciar la salida de tabiques hacia el parénquima placentario, ya que también se calcifican.

Parénquima: Pasa de tener una ecoestructura homogénea a presentar áreas con fuertes contrastes ecogénicos. Aparecen primero pequeñas áreas en forma de coma, siendo la expresión de depósito cálcico; al final del embarazo tienden a confluir, por lo que se identifican zonas extensas de calcificación que son capaces de dejar sombra acústica. Junto a este aumento de ecos en las placentas maduras aparecen también zonas muy econegativas que constituyen los llamados "holes" placentarios. Estos se forman por degeneración de vellosidades coriales y la formación de lagunas vasculares. Los tabiques emitidos desde la placa basal y corial van penetrando más profundamente en el parénquima placentario y, al confluir entre sí, delimitan claramente los cotiledones. Al final del embarazo y en las placentas a término se aprecian típicas imágenes anulares con un borde muy ecorrefringente y una zona central más econegativa. En base a estos cambios evolutivos se han propuesto múltiples clasificaciones de la madurez placentaria, siendo la propuesta por Grannum (1979) la más conocida.

Grados de la placenta (clasificación de Grannum)

Se basa en el aspecto de la calcificación intraplacentaria. No incorpora las zonas hipoeoicas en el sistema de clasificación por etapas. La valoración de estas regiones mediante Doppler color pueden mostrar riego sanguíneo en ellas, sin embargo lo más frecuente es que no haya flujo sanguíneo, histológicamente estas zonas tienen ausencias de vellosidades y solo contienen sangre.

GRADO 0: Se caracteriza por un aspecto granuloso uniforme del parénquima. La placa corial es lineal y está bien definida, se cree que las zonas de ecogenicidad diseminadas representan depósitos tempranos de calcio

GRADO I: Presenta una indentación sutil de la placa corial y mayor ecogenicidad del parénquima representados por ecos brillantes esparcidos que representan calcificaciones esparcidas

GRADO II: Tiene mayor ondulación de la placa coriónica, ecogenicidades con forma de coma que se extienden hacia el parénquima, tabicación incompleta del parénquima y calcificaciones lineales de la placa basal

GRADO III: Se muestra extensa ecogenicidad basal, se observan tabicaciones desde la placa corial hasta la placa basal, lo que puede demostrarse fácilmente por el mayor depósito de calcio. Se cree que esta

tabicaciones hiperecoicas representa depósitos de calcio. Pueden aparecer zonas hipoecoicas dentro del parénquima placentario que se supone son “lagos venosos”, que en general aparecen en el tercer trimestre.

Debe recalcar que la clasificación por etapas de la maduración placentaria de Grannum no se representa en toda paciente de manera uniforme. No es raro detectar una placenta grado I en una paciente a término. De la misma manera solo un 20% de las pacientes a término tiene placenta grado III.

Se ha comunicado que la clasificación por etapas de la placenta tiene relación con la maduración pulmonar fetal, se sugirió que una placenta grado III era un signo confiable de madurez pulmonar fetal pero no se ha comprobado que esto sea definitivo. Se ha observado una mayor madurez placentaria en relación con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), preeclampsia y tabaquismo materno. Se ha señalado retraso de la maduración placentaria en pacientes con diabetes gestacional.

Formas Placentarias

Las anomalías del desarrollo de la placenta pueden provocar formas distintas de la placenta que normalmente tiene una forma discoide. En condiciones normales la placenta se desarrolla donde proliferan las vellosidades coriónicas en contacto con la decidua basal, las vellosidades coriónicas que rodean el resto del saco gestacional por lo regular se atrofian.

Placenta membranácea: Cuando en forma difusa no se atrofian las vellosidades coriales determinando el desarrollo de una capa de placenta que cubre prácticamente toda la superficie de la cavidad uterina. Suele vincularse con hemorragia prenatal, placenta previa, trabajo de parto pretérmino y placenta acreta. Ecográficamente la placenta puede observarse en toda superficie intrauterina, el disco placentario es anormalmente delgada.

Placenta succenturiado: La ausencia focal de esta atrofia de vellosidades puede provocar el desarrollo de uno o varios focos de tejido placentario que se separa del cuerpo principal de la placenta y se denomina lóbulo succenturiado o accesorio. Los lóbulos succenturiados también se asocian con una mayor incidencia de inserción velamentosa del cordón umbilical y vasa previa, cuando los vasos se superponen al orificio cervical interno. El lóbulo succenturiado podría retenerse después del parto y podría ser la fuente de hemorragia post-parto o una infección. El diagnóstico diferencial incluye a la placenta bipartida y bilocular. Placenta bipartida o bipartita es una placenta que se separa en dos, los lóbulos se originan en la parte anterior y pared posterior del útero. El cordón umbilical se inserta entre los dos lóbulos (puente coriónico). A diferencia de la placenta bipartita, la placenta bilobulada se refiere a una placenta en la que se inserta el cordón umbilical en cualquiera de lóbulo pero no en el puente coriónico

Placenta extracorial: Es una anomalía en la que la láminacoriónica de la placenta a partir de la cual se desarrollan las vellosidades es

más pequeña que la lámina basal, la membrana corioamniótica se inserta hacia el centro de la placenta en lugar de los bordes. Cuando la interfase entre las membranas fetales y la placenta permanecen planas se denomina placenta *circunmarginada*, entidad sin importancia clínica; si el margen está sobreelevado se denomina placenta *circunvalada*. Criterios ecográficos de identificación incluye un borde irregular, un margen elevado, o plegamiento resultante de la invaginación de las membranas fetales en la superficie fetal de la placenta durante la mitad del segundo trimestre. La circunvalación es considerada completa si toda la circunferencia de la placenta está involucrada y parcial si no está completamente involucrada. Placenta circunvalada completa es poco común (visto en el 1% de los embarazos), pero puede ser clínicamente significativa, con un mayor riesgo de desprendimiento de placenta, parto prematuro, y la ruptura prematura de membranas.

Posición placentaria.

Placenta previa

La placenta se puede desarrollar en cualquier lugar a lo largo de la superficie endometrial del útero, relacionada con el sitio de implantación del blastocisto. Establecer la relación anatómica de la placenta con el orificio cervical interno (OCI) es importante cuando se diagnostica placenta previa, la cual se refiere a la localización de la placenta cercana o sobre el OCI, por tanto la placenta es “previa” a la porción del feto de que depende el trabajo de parto. Se presenta en el 0.3 a 0.5 % del total de embarazos y es una de las principales

causas de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo. Su incidencia depende de la edad gestacional. Se ha comunicado durante el primer trimestre una incidencia que va de 5 a 30%, después de las 24 semanas la incidencia decae a 0.3 a 0.6 %. En otro estudio la incidencia de placenta previa durante el segundo trimestre fue del 5.3% y posteriormente decae a una incidencia de 0.58%.

King describió por primera vez la migración placentaria, cuyo concepto puede explicar porque el diagnóstico de placenta previa parece depender de la edad gestacional. El cambio de localización placentaria demostrado por estudios ultrasonográficos seriados se ha postulado como debido al crecimiento diferencial de los segmentos inferior, medio y superior del útero, parece que el crecimiento del segmento uterino inferior es más importante como contribuyente a este fenómeno. El aparente movimiento parece ser el resultado de los diferentes índices de crecimiento entre el segmento inferior del útero y la placenta. El crecimiento relativamente rápido del miometrio inmediatamente por encima del nivel del cuello puede hacer que una placenta que al principio parecía estar cercano al OCI sea visualizada varios centímetros por arriba del orificio en una evaluación posterior. Las placentas cercanas al OCI durante el segundo trimestre parecen emigrar hacia el fondo en etapas posteriores.

Los factores asociados con placenta previa son edad materna avanzada, cesárea anterior u otras incisiones uterinas, multiparidad, embarazos múltiples, anemia materna, abortos previos, leiomiomas, infecciones uterinas.

La clasificación más frecuente utilizada de placenta previa se describe en la obra de Williams:

1. Placenta previa total. El orificio cervical interno (OCI) está cubierto por completo por la placenta
2. Placenta previa parcial. La placenta cubre parcialmente el OCI.
3. Placenta previa marginal. El borde de la placenta llega hasta el OCI.
4. Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que la placenta no llega al OCI pero se encuentra en estrecha proximidad al mismo.

El grado de placenta previa depende en gran medida de la dilatación del cuello del útero en el momento del examen. Durante el parto las relaciones anatómicas cuello-placenta pueden variar, una variedad de placenta previa total puede transformarse en previa parcial, igualmente una marginal puede transformarse al avanzar la dilatación en una previa parcial.

Aunque la palpación de la placenta por examen vaginal ha sido el patrón de oro para el diagnóstico y la clasificación de placenta previa, actualmente se ha dejado de lado esta práctica, ahora la ecografía se ha convertido en el método estándar de localización placentaria. Todo informe ecográfico obstétrico del segundo o tercer

trimestre debe incluir un comentario respecto de la posición placentaria y la presencia o ausencia de placenta previa.

La ecografía ha resultado tener una alta sensibilidad para detectar placentas tan anormalmente bajas, pero puede determinar un gran número de diagnósticos falsos positivos en particular en gestaciones tempranas.

El primer enfoque ecográfico para visualizar el orificio cervical suele ser transabdominal en proyección longitudinal con una vejiga parcialmente llena y no sobredistendida, como ventana acústica para la parte inferior del útero. La sobredistención vesical puede comprimir el miometrio anterior de la porción inferior del útero contra el miometrio posterior, lo que determina la aparente localización del OCI cercana varios centímetros a su verdadera localización. Las contracciones pueden provocar engrosamiento del miometrio, lo que simula placenta. Si el miometrio aparece con un grosor mayor de 1.5 cm, se debe considerar contracción y repetir el examen posteriormente.

La ecografía transvaginal se ha utilizado para visualizar la relación de la placenta con el OCI, en casos de placenta previa dudosa, sobre todo cuando la inserción es posterior. La posibilidad teórica de desalojar coágulos y provocar hemorragia significativa con el transductor transvaginal ha limitado la disposición de algunos a intentar este examen. Aunque no se ha demostrado un riesgo real con los transductores transvaginales, la hemorragia es una complicación bien reconocida del examen manual del cuello uterino en el intento de evaluar clínicamente la placenta previa. La precisión diagnóstica de la

ecografía transvaginal es superior en comparación con El abordaje transabdominal la vía transvaginal tiene una sensibilidad de 87,5%, especificidad de 98,8%, y un valor predictivo positivo de 93,3%, y valor predictivo negativo de 97,6%.

Otra técnica alternativa para visualizar la porción inferior del útero y el cuello uterino es la ecografía transperineal. El examen se lleva a cabo con transductor sectorial de 3.5MHZ

Ubicado directamente en el periné sobre los labios menores. Tiene un valor predictivo positivo de hasta 90%

Clasificación ultrasonografica

Cuando se realiza una evaluación ecográfica de la localización de la placenta se recomienda que la distancia en ese momento desde el borde de la placenta hasta el OCI se reporte, utilizando la terminología estándar de milímetros de distancia o de superposición de la placenta y el orificio cervical. Esta terminología evitará la confusión que rodea los diversos términos utilizados para definir la clasificación de placenta previa.

No existe consenso en una clasificación ultrasonográfica de placenta previa, que permita diferenciar claramente sus subtipos. Es por ello que se presenta una propuesta de clasificación ultrasonográfica, que establece subtipos bien definidos (Tabla I) y con valor pronóstico, para ser aplicada en el segundo y tercer trimestre, basada en la “distancia entre el orificio cervical interno y el borde placentario (DOP)”, medido en milímetros, por vía transvaginal. Además se establece la necesidad de medir la sobre posición, en

relación al OCI, sea anterior, posterior o lateral. La obtención de la imagen correcta de medición debe cumplir los mismos requisitos técnicos establecidos para la medición de la longitud cervical, al visualizar en el mismo plano el orificio cervical externo, OCI y el canal cervical, pero en caso de DOP >2 cm, la ampliación de la imagen será lo suficiente para medir y documentar esta longitud. Si en el plano sagital no se ve el borde placentario, el transductor es angulado en su eje mayor y/o rotando en 90° en cada dirección, evaluando los 4 cuadrantes en búsqueda de tejido placentario, manteniendo una buena visión de las paredes uterinas

Debe evaluarse la localización de la placenta mediante ultrasonido en toda paciente, en el segundo trimestre. Si hay sospecha, debe combinarse con vía transvaginal, e informar el DOP en caso de placenta previa. Si ésta es asintomática, se reevalúa a las 34 a 35 semanas para definir conducta, dado que el desarrollo continuo y progresivo del segmento inferior del útero se hace más evidente desde las 30 semanas y puede hacer “migrar” la localización placentaria, lo que hace que la mayoría (93%) de las placentas previas marginal encontradas en el segundo trimestre no se encuentren al término.

Entre las 20 a 23 semanas, una evaluación ecográfica transabdominal o transvaginal es una herramienta poderosa en la predicción de la placenta previa al momento del parto. La ventaja de determinar la posición de la placenta en esta etapa del embarazo es una baja tasa de falsos positivos en comparación con las primeras

etapas del embarazo. Una placenta que se superpone a las 20-23 semanas tiene como consecuencia una alta probabilidad de placenta previa en el parto. Una superposición de 25 mm o más entre las 20 a 23 semanas parece ser incompatible con un posterior parto vaginal.

Cuando el borde de la placenta se encuentra entre los 20 mm de distancia del orificio interno y 20 mm de solapamiento después de 26 semanas de gestación, la ecografía se debe repetir a intervalos regulares, dependiendo de la edad gestacional, la distancia desde el orificio interno, y las características clínicas, tales como sangrado, porque el cambio continuo en la localización de la placenta es probable. Superposición de 20 mm o más en cualquier momento en el tercer trimestre es altamente predictiva de la necesidad de cesárea. La determinación de la DOP en las ecografías transvaginales después de las 35 semanas de gestación es valioso en la planificación de la vía de parto. Cuando el borde de la placenta se encuentra >20 mm de distancia del orificio cervical interno, las mujeres pueden tener un trabajo de parto con una alta expectativa de éxito. Una distancia de 20 a 0 mm de distancia del orificio se asocia con una mayor tasa de cesáreas, aunque el parto vaginal es posible en función de las circunstancias clínicas. En general, cualquier grado de superposición (>0 mm) después de las 35 semanas es una indicación de cesárea como vía de parto.

Vasa previa

Vasa previa es una condición caracterizada por que los vasos sanguíneos del feto atraviesan las membranas del segmento uterino

inferior entre el cuello y la placenta sin protección ya sea por el cordón umbilical o la placenta. Tiene una incidencia de 1 de cada 2.500 embarazos y una tasa de mortalidad hasta el 33% a 100%. Debido a que los vasos no están protegidos por la gelatina de Wharton, la rotura prematura de las membranas o el esfuerzo asociado con parto los hace vulnerables a la compresión o un desgarro, dando lugar a la anoxia y bradicardia y la muerte del feto. Factores de riesgo asociados para vasa previa incluyen la fertilización in vitro, placenta succenturiada o bilobulada, y en el segundo trimestre, la placenta previa o placenta baja que parece retroceder en las evaluaciones posteriores. Hay dos tipos de vasa previa. En el **tipo 1** el cordón umbilical tiene una inserción velamentosa en las membranas en lugar que en la placenta. La teoría del *trofotropismo* de Bernischke encaja en el cuadro clínico. En una placenta previa debido a que el entorno vascular del segmento inferior del útero no es adecuado para apoyar el desarrollo de la placenta, la placenta preferentemente crece hacia arriba, mientras que la parte inferior se atrofia, dejando al cordón umbilical en el mismo lugar, sobre el cuello uterino, pero sin colchón de tejido placentario. En el **tipo 2** los vasos que atraviesan por el OCI, corren entre los lóbulos de una placenta que tiene uno o más lóbulos accesorios. Vasa previa puede ser detectada en pacientes asintomáticas ya en el segundo trimestre. La clave diagnóstica primero podría ser una línea ecogénica o estructuras tubulares vistas cerca del OCI durante una ecografía de rutina en escala de grises. Estos hallazgos sospechosos requieren una investigación a través del

Doppler color o de poder que demuestra el flujo y la ecografía Doppler pulsado que confirmaría la forma de onda de los vasos umbilicales. El diagnóstico diferencial de la vasa previa incluye la separación de membrana corioamnióticas, procúbito de cordón y seno marginal de la placenta. La separación de las membranas corioamnióticas se produce normalmente hasta las 16 semanas menstruales y no tiene el flujo vascular. Unprocúbito de cordón se mueve cuando la paciente cambia de posición o con el peloteo manual en el segmento uterino inferior. La ecografía transvaginal, con un estudio Doppler color, debe ser capaz de diferenciar un borde placentario vascular de un vaso aberrante sobre el orificio cervical interno. Debido a los resultados perinatales muy pobres, algunos autores recomiendan una política de evaluación de rutina de la inserción del cordón umbilical en la placenta durante un examen ecográfico, para descartar una inserción velamentosa y teniendo en cuenta a la ecografía transvaginal con Doppler color si la inserción del cordón no puede ser identificado o si hay una placenta de implantación baja o una sospecha de placenta succensuriada. La identificación de la inserción del cordón en la placenta parece añadir poco más de tiempo a la duración del examen ecográfico obstétrico, pero mejora la tasa de supervivencia a un 100%.

2.3. Definición de términos básicos

- ✓ **Gestante**

Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

✓ **Ecografía obstétrica.**

Es un método médico usado para determinar la presencia de embarazo y conocer las condiciones del embrión o feto, así como de la placenta, el útero, cuello del útero y líquido amniótico.

Asimismo, la ultrasonografía es un método de diagnóstico que emplea ondas acústicas de alta frecuencia. (9)

✓ **Maduración placentaria.**

El envejecimiento placentario se produce en condiciones normales al término del embarazo, por esta razón no es conveniente prolongar el embarazo más allá de la fecha probable de parto. También se puede producir tempranamente durante el embarazo debido a condiciones patológicas, como cuando existe hipertensión arterial, preeclampsia u otras complicaciones.(12)

✓ **Grados de maduración placentaria**

La placenta se empieza a formar desde el momento en el que el óvulo es fecundado, y va evolucionando a lo largo de la gestación, pasando por cuatro grados diferentes de madurez.

- Placenta grado 0: es el grado más joven. Ecográficamente, se caracteriza porque la placa basal (la que se encuentra cerca del útero) es igual que la placa corial (la que está situada mirando hacia el feto). Este grado corresponde al primer y segundo trimestre de embarazo.

- Placenta grado I: alrededor de la semana 31 de gestación. La placenta en este momento ya no es tan homogénea, sino que se empiezan a observar ciertas calcificaciones en la placa corial.
- Placenta grado II: se inicia alrededor de la semana 36 y continúa hasta el final del embarazo. La estructura de la placenta en este momento es irregular debido a los depósitos de calcio. La capa coriónica es más discontinua y ondulada y la capa basal parece separada del miometrio.
- Placenta grado III: son las placentas totalmente calcificadas o envejecidas.
- La placenta debe ir madurando y envejeciendo de acuerdo con las semanas de embarazo, pero si una mujer presenta una placenta de grado II antes de la semana 34, significa que ha envejecido prematuramente y que ya no le llegan nutrientes y oxígeno suficientes al bebé, con lo que habrá que provocar el parto. (11)
- ✓ **Factores condicionantes: Preeclampsia, enfermedades renales, cardiovasculares, tabaquismo, diabetes.**
 - **Preeclampsia**

Desarrollo de presión sanguínea alta y proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo y puede estar asociada con la hinchazón de la cara y las manos.(8)
 - **Enfermedades renales**

Las **enfermedades** del riñón, también llamadas **enfermedades renales**, son todas aquellas dolencias que afectan a este órgano. Como decíamos, principalmente tienen dos enemigos, la diabetes y la

hipertensión ya que éstas, con el tiempo, dañan los finos vasos sanguíneos del riñón. (10)

- **Enfermedades cardiovasculares**

Es un término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos. Estos problemas a menudo se deben a la aterosclerosis. Esta afección ocurre cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las paredes del vaso sanguíneo (arteria).(13)

- **Tabaquismo**

Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.

El tabaquismo crónico se caracteriza por trastornos respiratorios, digestivos, cardiocirculatorios y por su capacidad cancerígena. (14)

- **Diabetes**

Enfermedad crónica e irreversible del metabolismo en la que se produce un exceso de glucosa o azúcar en la sangre y en la orina; es debida a una disminución de la secreción de la hormona insulina o a una deficiencia de su acción.(14)

✓ **Parto por cesárea**

Es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

CAPITULO III

ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis: general y específicas

3.1.1. Hipótesis general.

Ha La maduración placentaria es un factor que condiciona a la culminación del embarazo por vía del parto cesárea en gestantes Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital César Garayar García

Ho La maduración placentaria no es un factor que condiciona a la culminación del embarazo por vía del parto cesárea en gestantes Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital César Garayar García.

3.2. Variables

3.2.1. Variables exógenas

Factores condicionantes.

Maduración placentaria.

3.2.2. Variable endógena

Parto por cesárea.

CAPITULO IV

MARCO METODOLOGICO

4.1. Dimensión Espacial y Temporal

El presente trabajo de investigación se aplicó en el Servicio de Obstetricia, Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital César Garayar García, ubicado en la calle Portugal 1710 de la ciudad de Iquitos, departamento de Loreto. Entre los meses de octubre a diciembre del 2016

4.2. Tipo de Investigación.

Tipo de investigación: observacional, retrospectivo, transversal, analítico.

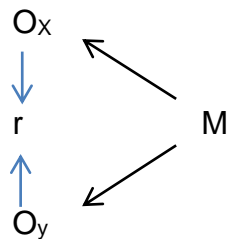
Según la intervención del investigador es observacional, porque los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador. Según la planificación de la toma de datos, es retrospectivo, porque los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación. Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, es transversal, porque todas las variables son medidas en una sola ocasión. Según el número de variables de interés, es analítico, porque se analizó las variables utilizando el análisis estadístico bivariado y porque planteo y puso a prueba una hipótesis; que establece asociación entre ellas.

El nivel de investigación:

Relacional, porque se encarga de relacionar la dependencia probabilística entre eventos.

4.3 Diseño de Investigación

El diseño de investigación es no experimental, correlacional, que se esquematiza de la siguiente manera:



M= Muestra

O_x= Observación de variable 1.

O_y= Observación de variable 2.

r= Relación.

4.4. Determinación del Universo/Población y muestra.

4.4.1. Universo.

Fue considerado como universo a todas las gestantes con embarazos a término quienes se atienden en el Servicio Gineco Obstetricia del Hospital César Garayar García de junio a octubre del 2016.

4.4.2. Población.

Gestantes diagnosticadas con maduración placentaria a partir de las 37 a las 42 semanas de gestación, que sumaron un total de 102.

4.4.2. Selección de la Muestra.

Se seleccionaron 67 casos de mujeres gestantes diagnosticadas con maduración placentaria a partir de las 37 a las 42 semanas de gestación

4.5. Tipo de Muestreo.

Probabilístico, se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un error Alfa de 0,05 (5%).

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

| | | |
|------------------------------|------------------|------|
| Tamaño de la población | N | 102 |
| Error Alfa | α | 0.05 |
| Nivel de Confianza | 1- α | 0.95 |
| Z de (1- α) | Z (1- α) | 1.96 |
| Prevalencia de la Enfermedad | p | 0.50 |
| Complemento de p | q | 0.50 |
| Precisión | d | 0.05 |
| Tamaño de la muestra | n | 67 |

4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.6.1. Las Fuentes.

Fueron las historias clínicas y constituyen fuentes secundarias., esta es una documentación que se encuentran en el archivo de la Oficina de Estadística del Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García”.

4.6.1. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de los datos de investigación se utilizó la técnica del análisis documental para lo cual se elaboró el instrumento de la ficha de recolección datos, que sirvió para

recopilar toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados, la misma que fue validada por la opinión de cinco jueces expertos en metodología de la investigación.

| JUECES | CALIFICACIÓN CUANTITATIVA | CALIFICACIÓN CUALITATIVA |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Mg. Lucila Vásquez Chong | 20 | MUY BUENO |
| Mg. Erika Trigozo Barbaran | 20 | MUY BUENO |
| Mg. Sarita Torres Lima | 20 | MUY BUENO |
| Mg. Betty Monzón Mariscal de Villacorta | 20 | MUY BUENO |
| Mg. Doris Vela Valles | 20 | MUY BUENO |
| TOTAL | 20 | MUY BUENO |

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

Para el procesamiento de datos se empleó el programa Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS v. 22.

Para el análisis de datos se utilizó la técnica de la estadística descriptiva e inferencial analítica del Chi cuadrado de Pearson. Se trabajó con un nivel de confianza de 95% y una significancia de p valor menor a 0,05 (5%) considerando valores menores a éste como significativos.

Una vez cuantificada y analizada la información se procedió a presentar los datos en tablas con distribución de frecuencias y datos de asociación.

CAPITULO V

RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01. Edad de mujeres gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016.

Hospital Cesar Garayar García

OCTUBRE-DICIEMBRE 2016

| Edad en años de mujeres gestantes a término | |
|---|-------|
| Media | 25.90 |
| Mediana | 25.00 |
| Moda | 16 |
| Mínimo | 14 |
| Máximo | 41 |

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observan la edad en años de mujeres gestantes a término, de los cuales tenemos como edad promedio es 25.9 años (media), el percentil 50% de las edades es 25 años (mediana) y la edad más frecuente entre ellas es 16 años (moda). También la tabla muestra que la edad mínima es de 14 años y la máxima de 41 años

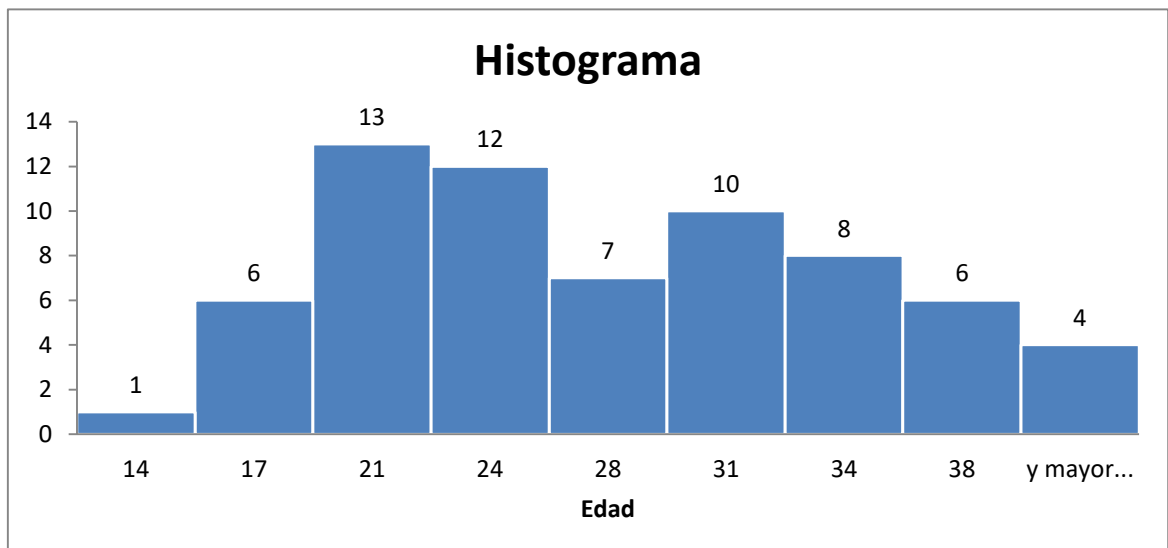


Figura 1: Edad de mujeres gestantes a término.

Tabla 02. Paridad de mujeres gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016

| <i>Hospital Cesar Garayar García</i> | | <i>OCTUBRE-DICIEMBRE 2016</i> |
|--------------------------------------|----------------|-------------------------------|
| Paridad | Frecuencia (N) | Porcentaje (%) |
| Múltipara (2 - 5) | 44 | 65.67 |
| Primípara (1) | 23 | 34.33 |
| Total | 67 | 100.00 |

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observan el tipo de paridad de mujeres gestantes a término, de los cuales tenemos que el 65.67% (44 casos) son múltiparas (2 – 5); y el 34.33% (23 casos) son primíparas (1).

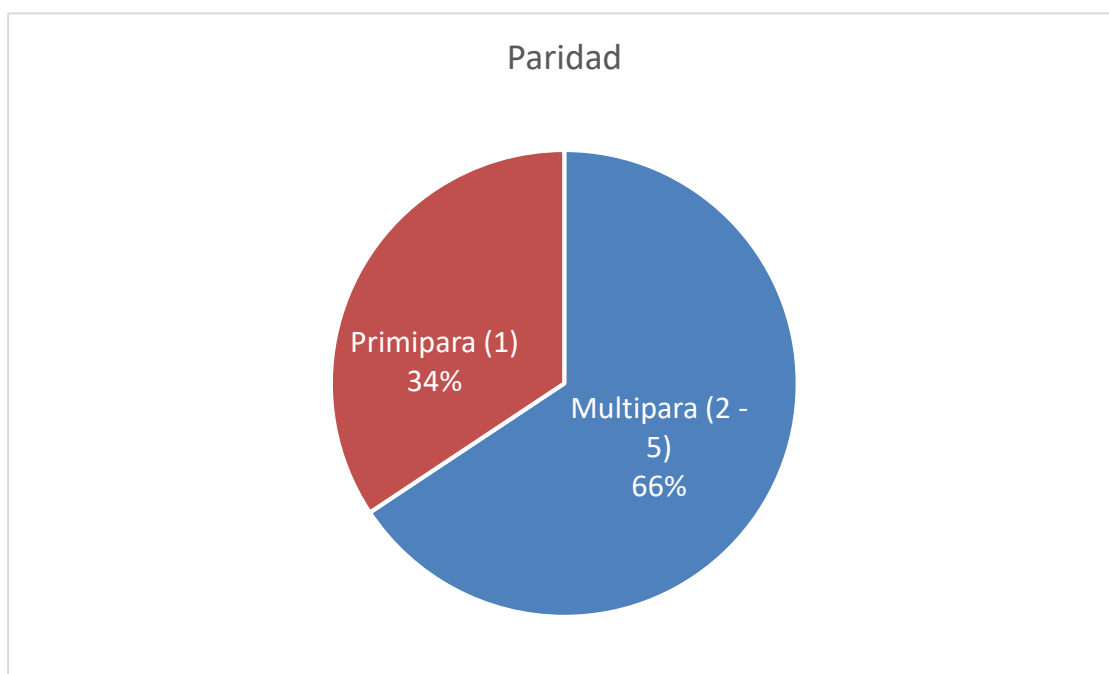


Figura 1: Paridad de mujeres gestantes a término.

Tabla 03. Antecedentes patológicos de mujeres gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016

| <i>Hospital Cesar Garayar García</i> | | <i>OCTUBRE-DICIEMBRE 2016</i> |
|--------------------------------------|----------------|-------------------------------|
| Antecedentes patológicos | Frecuencia (N) | Porcentaje (%) |
| Hipertensión | 17 | 25.37 |
| Preclamsia | 12 | 17.91 |
| Diabetes | 8 | 11.94 |
| Enfermedad renal | 5 | 7.46 |
| N. A. | 25 | 37.31 |
| Total | 67 | 100 |

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observan el Antecedentes patológicos de mujeres gestantes a término, de los cuales tenemos que el 25.37% (17 casos) presentaron hipertensión; el 17.91% (12 casos) presentaron preclamsia; el 11.94% (8 casos) presentaron diabetes; 7.46% (5 casos) presentaron enfermedad renal; y el 37.31% (25 casos) no presentaron antecedentes patológicos.

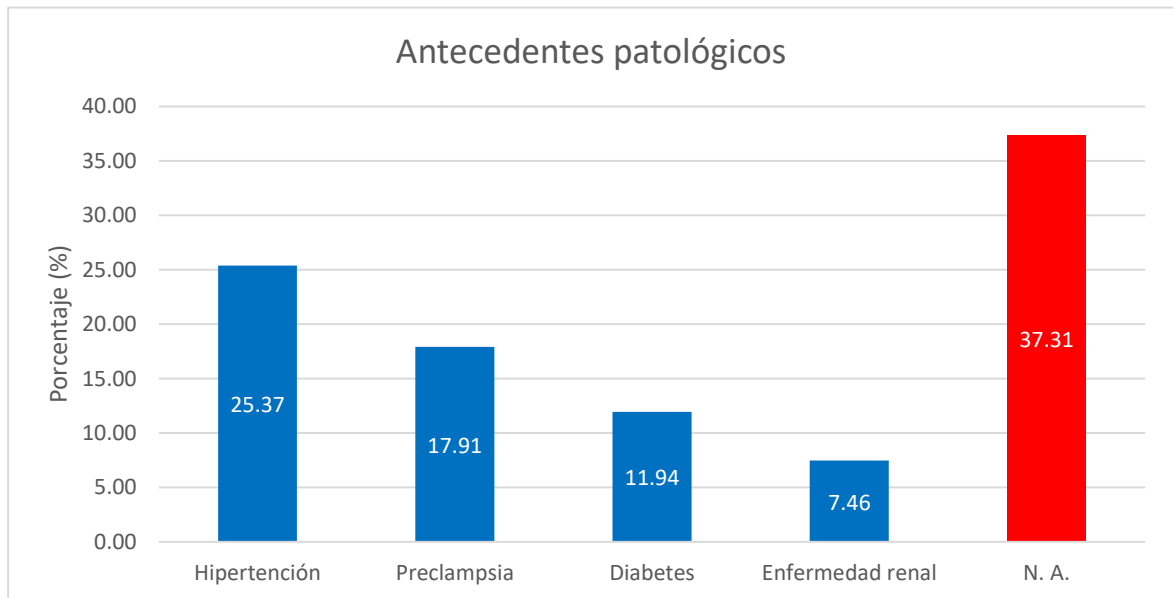


Figura 03. Antecedentes patológicos de mujeres gestantes a término.

Tabla 04. Resultado de ultrasonografía de maduración placentaria de mujeres gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016

| <i>Hospital Cesar Garayar García</i> | | <i>OCTUBRE-DICIEMBRE 2016</i> | |
|--|----------------|-------------------------------|--|
| Resultado de ultrasonografía de maduración placentaria | Frecuencia (N) | Porcentaje (%) | |
| Grado III | 38 | 56.70 | |
| Grado II | 29 | 43.30 | |
| Total | 67 | 100 | |

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: Resultado de ultrasonografía de maduración placentaria de mujeres gestantes a término, de los cuales tenemos que el 56.7% (38 casos) dieron como resultado grado III; y el 43.3% (29 casos) dieron como resultado grado II.

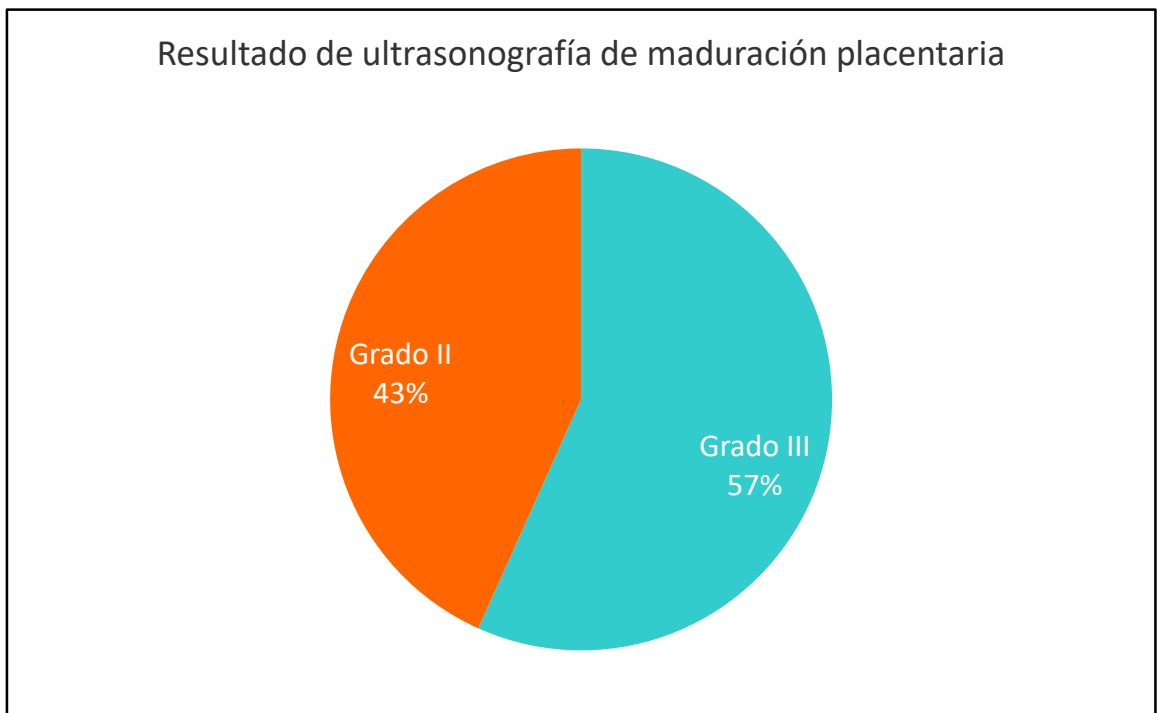


Figura 04. Resultado de ultrasonografía de maduración placentaria.

Tabla 05. Edad gestacional en semanas (37 - 42 ss) de mujeres gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016

| <i>Hospital Cesar Garayar García</i> | | <i>OCTUBRE-DICIEMBRE 2016</i> | |
|---|----------------|-------------------------------|--|
| Edad gestacional en semanas (37 - 42 ss) | Frecuencia (N) | Porcentaje (%) | |
| SI | 56 | 83.58 | |
| NO | 11 | 16.42 | |
| Total | 67 | 100 | |

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: Edad gestacional en semanas (37 - 42 ss) de mujeres gestantes a término, de los cuales tenemos que el 83.58% (56 casos) se encontraron entre 37 – 42 ss; y el 16.42% (11 casos) no se encontraron entre 37 – 42 ss.

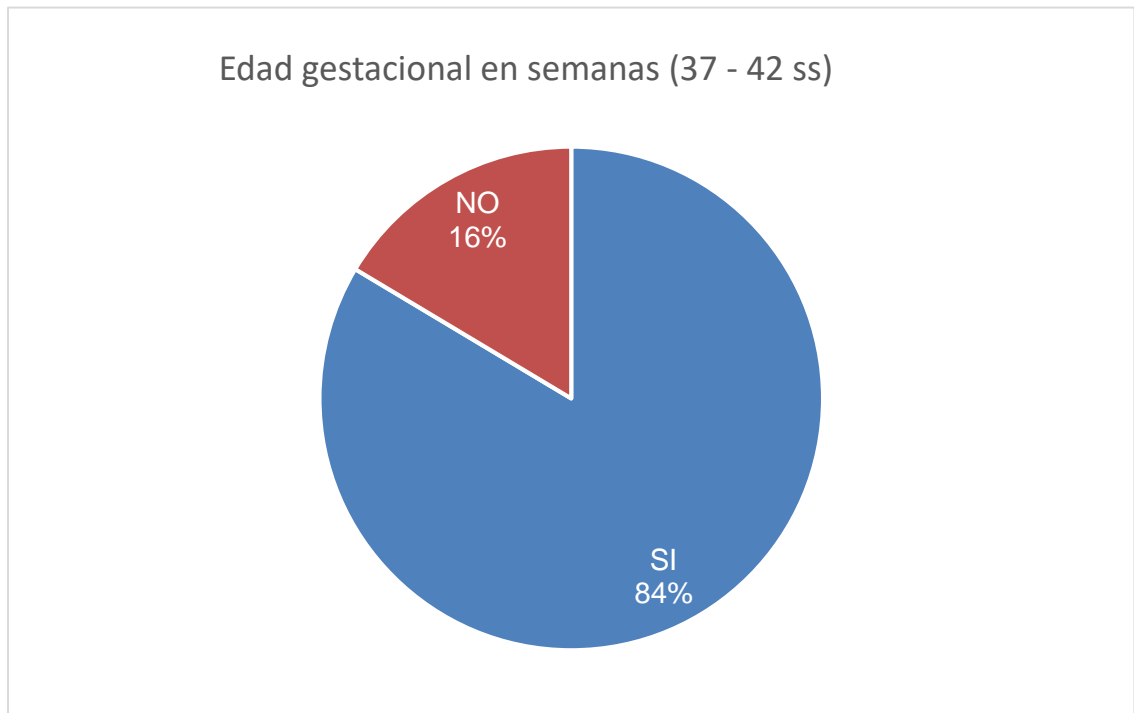


Figura 05. Edad gestacional en semanas (37 - 42 ss).

Tabla 06. Vía de parto de mujeres gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016

| <i>Hospital Cesar Garayar García</i> | | <i>OCTUBRE-DICIEMBRE 2016</i> | |
|--------------------------------------|----------------|-------------------------------|--|
| Vía de parto | Frecuencia (N) | Porcentaje (%) | |
| Cesárea | 39 | 58.20 | |
| Vaginal | 28 | 41.80 | |
| Total | 67 | 100 | |

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: Vía de parto de mujeres gestantes a término, de los cuales tenemos que el 58.20% (39 casos) tuvieron parto cesáreo; y el 41.80% (28 casos) tuvieron parto vaginal.

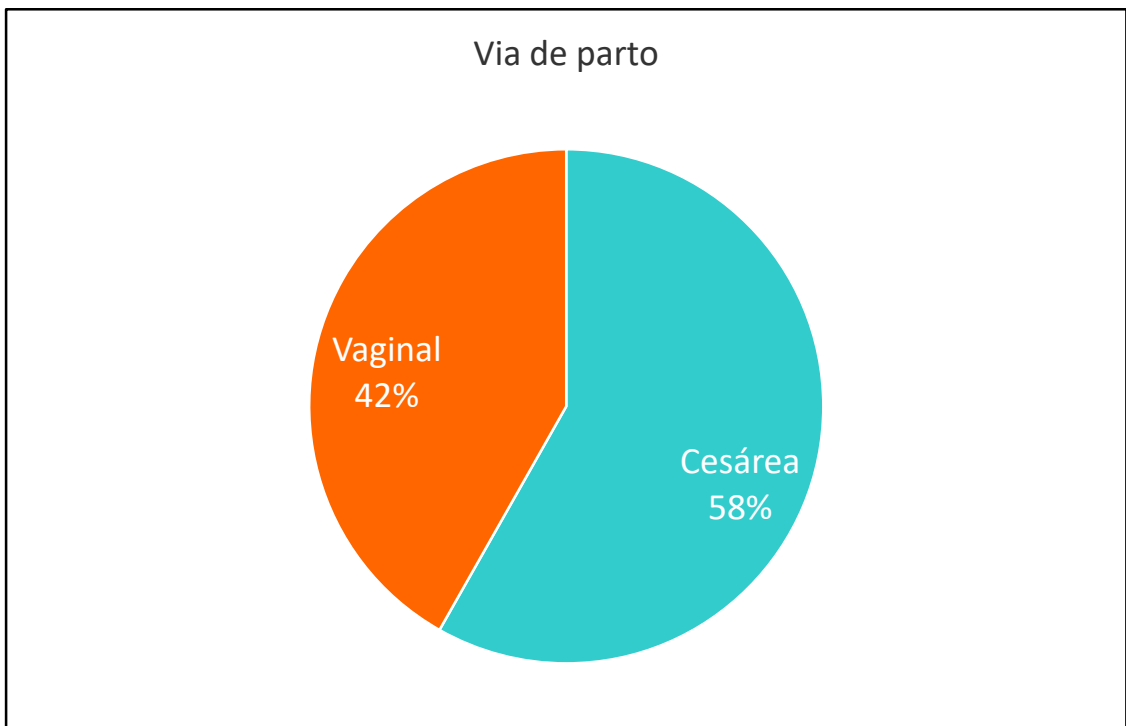


Figura 06. Vía de parto de gestantes con diagnóstico de maduración placentaria.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 7. Tabla de contingencia para observar la concordancia entre las variables de estudio.

| | Resultado de ultrasonografía de maduración placentaria | | | | Total | |
|--------------|--|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | Grado II | | Grado III | | | |
| Via de parto | N° | % | N° | % | N° | % |
| Vaginal | 24 | 82.8% | 4 | 10.5% | 28 | 41.8% |
| Cesárea | 5 | 17.2% | 34 | 89.5% | 39 | 58.2% |
| Total | 29 | 100.0% | 38 | 100.0% | 67 | 100.0% |

$$\chi^2 = 35,277 \quad (p = 0.00)$$

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) | Significación exacta (2 caras) | Significación exacta (1 cara) |
|--|---------------------|----|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 35,277 ^a | 1 | .000 | | |
| Corrección de continuidad ^b | 32.371 | 1 | .000 | | |
| Razón de verosimilitud | 38.832 | 1 | .000 | | |
| Prueba exacta de Fisher | | | | .000 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 34.751 | 1 | .000 | | |
| N de casos válidos | 67 | | | | |

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12.12.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Planteamiento de Hipótesis

- Ha La maduración placentaria es un factor que condiciona a la culminación del embarazo por vía del parto cesárea en gestantes Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital César Garayar García
- Ho La maduración placentaria no es un factor que condiciona a la culminación del embarazo por vía del parto cesárea en gestantes Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital César Garayar García.

Toma de decisión

En las gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García de octubre-diciembre 2016 y con un valor de $p = 0.00$ decimos que La maduración placentaria en grado III es un factor que condiciona a la culminación del embarazo por vía del parto cesárea en gestantes Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital César Garayar García.

Tabla 8. Tabla de contingencia para observar la concordancia entre las variables: antecedentes patológicos y vía de parto.

| Antecedentes patológicos | Vía de parto | | | | Total | |
|--------------------------|--------------|--------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
| | Vaginal | | Cesárea | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Hipertención | 4 | 6.0% | 13 | 19.4% | 17 | 25.4% |
| Preclampsia | 1 | 1.5% | 11 | 16.4% | 12 | 17.9% |
| Diabetes | 3 | 4.5% | 5 | 7.5% | 8 | 11.9% |
| Enfermedad renal | 3 | 4.5% | 2 | 3.0% | 5 | 7.5% |
| N. A. | 17 | 25.4% | 8 | 11.9% | 25 | 37.3% |
| Total | 28 | 41.9% | 39 | 58.2% | 67 | 100.0% |

$\chi^2 = 15,654$ ($p = 0.004$)

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (2 caras) |
|------------------------------|---------------------|----|---------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 15,654 ^a | 4 | .004 |
| Razón de verosimilitud | 16.975 | 4 | .002 |
| Asociación lineal por lineal | 12.945 | 1 | .000 |
| N de casos válidos | 67 | | |

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,09.

DISCUSIÓN

Con respecto a determinar si existen factores que condicionan a una cesárea por maduración placentaria. Tenemos que, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación podemos decir que si existen factores que condicionan a una cesárea por maduración placentaria, para ellos se elaboró la tabla 6 en la que se muestra que un poco más de la mitad (55.22%) de mujeres gestantes a término tuvieron parto cesáreo, también se hizo la tabla 4 que no refleja que el más de la mitad (56.7%) de mujeres gestantes a término tuvieron una maduración placentaria de grado III, así mismo en la tabla 3 se muestra que el 62.69% (porcentaje acumulado) tuvo algún tipo de antecedente patológico las patologías presentes fueron hipertensión 25.37%, preclamsia 17.91%, diabetes 11.94% y enfermedad renal 7.46%, así mismo se elaboró la tabla 06 en la que se muestra que el 58.20% de mujeres gestantes tuvieron parto por cesárea.

Estos resultados difieren en parte con los resultados obtenidos por Gálvez E. ya que en su investigación encontró que la tasa de incidencia de cesáreas en su ámbito de investigación fue de 42% compuesto por un 18% de cesáreas por emergencia y un 24% de cesáreas electivas. En lo que si concuerda es que las cesáreas por emergencias, fueron debido a algún tipo de indicador (Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%)).

Por otra parte, para determinar la frecuencia de gestantes con maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García 2016, se elaboró la tabla 04, en la que se muestra que el 56.70% (38 casos) de mujeres gestantes tuvieron una maduración placentaria de grado III. No se encontraron antecedentes que hayan contemplado esta variable.

En otro aspecto, para poder identificar los factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes con maduración placentaria diagnosticada mediante

ecografía en el Hospital Cesar Garayar García 2016, tenemos que los factores encontrados fueron: maduración placentaria de grado III (56.70%), hipertensión 25.37%, preclamsia 17.91%, diabetes 11.94% y enfermedad renal 7.46%. En este punto coincidimos con el autor Gálvez E., quien encontró que en las cesáreas llevadas a cabo por emergencia fueron si tuvieron factores condicionantes

Por otra parte en los antecedentes internacionales del presente trabajo de investigación se hace mención que las cesáreas en América Latina son realizadas con la creencia de que reducía los riesgos para el bebé y para la mamá, y no porque existan factores que condicionen la misma.

En lo que si se concuerda es con las conclusiones de OMS, en la que dice que las cesáreas se deben realizar solo de ser necesario por motivos médicos, ya sea para salvar la vida del bebé o de la madre.

CONCLUSIONES

- Los factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016, es la presencia de antecedentes patológicos (62.69%), siendo el más frecuente la hipertensión (25.37% que 17 casos) y el grado III de maduración placentaria.
- La frecuencia de gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García octubre-diciembre 2016, es de 56.70% (38 casos) con grado III de maduración placentaria.
- A lo largo de la presente investigación se logró demostrar que existen factores que condicionan el parto por cesárea, toda vez que se encontró que el 58.2% (39 casos) fueron partos por cesárea de los cuales 34 casos presentaron grado III de maduración placentaria.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales de la salud, hacer una captación temprana del embarazo para detectar mediante el monitoreo adecuado que permita identificar las complicaciones a tiempo, teniendo en cuenta que toda intervención quirúrgica representa riesgos, y la cesárea no es una excepción, con la agravante de que en esta se arriesga la integridad y la vida de dos seres (el bebé y la madre).

Se recomienda a los profesionales pertinentes que esta intervención quirúrgica se realice dentro de lo estrictamente necesario.

Se recomienda a los profesionales de la salud que, para determinar la necesidad de una cesárea, se tienen que tomar en cuenta factores condicionantes como la maduración placentaria que puedan ser diagnosticados mediante ecografía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Chango S. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal anteparto para determinar complicaciones del neonato al nacimiento en mujeres embarazadas c 18 -35 años. Tesis de Grado. Ecuador: Universidad Católica de Ecuador., Medicina; 2014.
2. Chavez Leon PE. Monitoreo fetal electrónico intraparto patológico y su relación con el apgar neonatal en pacientes atendidas en centro obstétrico del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán en el período de junio - septiembre del 2012 Tulcan; 2012.
3. Salud OMdl. Declaraci
4. Tejada,Sandra. Relación entre las conclusiones del test no estresante y los resultados perinatales en embarazos a término de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal,. Tesis de Grado. Lima: Instituto Materno Perinatal., Ginecología y Obstetricia.; 2016.
5. Galarza López César L. Hallazgos cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado. Tesis de Grado. Lima: Instiuto Nacional Materno Perinatal, Ginecología y Obstetrcia; 2011.
6. Yaranga Abreù, Juan de Dios. Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográficos de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. Tesis de Grado. Lima: Instituto Ncional Materno Perinatal, Ginecología y Obstetricia; 2006.
7. Galvez Liñan EM. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013 Lima; 2013.
8. Olivares Hidalgo LP. Valor del monitoreo fetal electrónico intraparto en el diagnostico del sufrimiento fetal agudo en el Hospital III Iquitos de EsSalud, setiembre a octubre 2016 Iquitos; 2016.
9. babysitio Emd. babysitio. [Online].; 2017 [cited 2008 agosto. Available from: http://www.babysitio.com/embarazo/complicaciones_embarazo.php.
10. WeblogsSL. Bebes y mas. [Online].; 2017 [cited 2010 Enero. Available from: <https://www.bebesymas.com/embarazo/placenta-envejecida-o-placenta-vieja>.

11. Pontón MPP. Repositorio universidad de Guayaquil. [Online].; 2013 [cited 2013 Enero a Diciembre. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10861/1/Tesis%20definitiva.pdf>.
12. Technologies FN. Feedback Networks la información viva. [Online].; 2001 [cited 2017 Enero 13. Available from: <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.htm>.
13. País ISEpE. El uso abusivo de cesáreas en América Latina contradice a la OMS. El País. 2013 Marzo: p. 23-55.
14. Supo José. Bioestadistico.com. [Online].; 2012 [cited 2016 Noviembre 11. Available from: www.seminariosdeinvestigación.com.
15. Instituto Nacional Materno Perinatal.. Guías de práctica clínica y de procedimiento en obstetricia y perinatología. 2010.
16. Robinson B,Nelson L. Review of the proceedings from the 2008 NICHD Workshop on Standardized Nomenclature for Cardiotocography.. Revista Obstetricia y ginecoogía. 2005; 1(4).
17. IESPP CREA. El Conocimiento y la investigación científica. [Online].; 2014 [cited 2014 agosto 08. Available from: http://recursos.salonesvirtuales.com/assets/bloques//procesoinvcientifica_minedu.pdf.

ANEXOS



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



Título: “Factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes a término, con diagnóstico de maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar García de Octubre a Diciembre 2016”.

Objetivo: Conocer los factores que condicionan al parto por cesárea en gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria en el Hospital Cesar Garayar García de Octubre a Diciembre 2016”.

1. DATOS GENERALES

HC:

1.1 EDAD EN AÑOS

2. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

2.1 PARIDAD:

Primípara (1)

Múltipara (2 – 5)

2.2 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Hipertensión Si No Preclampsia Si No Diabetes Si No Enfermedad renal Si No

3. RESULTADO DE ULTRASONOGRAFÍA DE MADURACIÓN PLACENTARIA

3.1 Grado II Si No Grado III Si No

3.2 EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS

37 – 42 ss

Si No

4 VIAS DE PARTO

4.2 Parto vaginal: Si No 4.3 Parto por cesárea Si No

ANEXO 2

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES para juicio de expertos

TITULO: FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TÉRMINO, CON DIAGNÓSTICO DE MADURACIÓN PLACENTARIA DETECTADAS MEDIANTE ECOGRAFÍA EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA OCTUBRE-DICIEMBRE 2016.

OBJETIVO GENERAL: Conocer los factores que condicionan parto por Cesárea en Gestantes a termino con diagnóstico de Maduración Placentaria en el Hospital Cesar Grayar Garcia 2016.

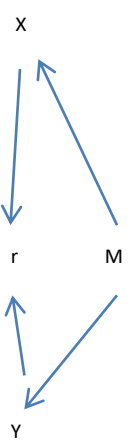
| Nombre de la variable | | tipo | escala | Indicadores | Categoría o valor final | Fuente | Ítem en el instrumento |
|--------------------------|---|-------------|---------|--|---|--------------------|------------------------|
| Variable independiente | Factores condicionantes Maduración Placentaria | Cualitativa | Nominal | Grado II Grado III | SI NO | Historias Clínicas | 3.1 |
| Variable Dependiente | Parto Cesárea | Cualitativa | Nominal | Indicaciones de vía de Parto | Cesárea Parto vaginal | Historias Clínicas | 4.2 |
| Variables Intervinientes | Antecedentes Gineceo obstétricos | Cualitativa | Nominal | Edad de la Gestante | 15-19 20-24 25-29 >30 | Historias Clínicas | 1.1 |
| | | | | Edad Gestacional | 32ss 36ss-42ss | | Historias Clínicas |
| | | | | Paridad | Nulipara Primigesta Múltipara Gran multipara | Historias Clínicas | 2.1 |
| | | | | Hipertensión Preclampsia Diabetes Enfermedad Cardiovascular Enfermedad Renal | SI NO | | 2.2 |

ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TÉRMINO, CON DIAGNÓSTICO DE MADURACIÓN PLACENTARIA DETECTADAS MEDIANTE ECOGRAFÍA EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA OCTUBRE-DICIEMBRE 2016.

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES y DIMENSIONES | INDICADORES | DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | METODOLOGÍA | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|------------------------|---|------------|------------|----------|------|--------------------|-------------|------|---------------------|------------------|-------------|
| General y Específico | General y Específicos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>GENERAL</p> <p>¿Cuáles los factores condicionantes de parto por cesárea en gestantes a término con maduración placentaria detectadas por ecografía en el Hospital Cesar Garayar Garcia Octubre-Diciembre 2016?</p> <p>ESPECÍFICO</p> <p>¿Cuáles los factores condicionantes de parto por cesárea en Gestantes con maduración placentaria diagnosticada mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar Garcia 2016?</p> | <p>GENERAL</p> <p>Conocer los factores que condicionan al parto por cesárea en gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria en el Hospital Cesar Garayar Garcia 2016.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>-Identificar los factores condicionantes de parto por cesárea en Gestantes con maduración placentaria diagnosticada mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar Garcia 2016.</p> | <p>GENERAL</p> <p>H1</p> <p>Existe factores que condicionan al parto por cesárea en gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria en el Hospital Cesar Garayar Garcia 2016.</p> <p>Ho</p> <p>No existen los factores que condicionan al parto por cesárea en</p> | <p>V. INDEPENDIENTE (Vx)</p> <p>Factores Condicionantes</p> <p>Dimensión</p> <p>Problemas obstétricos Patológicos</p> | <p>Preclamsia</p> <p>Diabetes</p> <p>Enfermedades Cardio vasculares</p> <p>Tabaquismo</p> <p>Enfermedades renales</p> | <p>NIVEL Y TIPO DE INV.</p> <p>El nivel de investigación es relacional.</p> <p>El tipo de investigación observacional. retrospectivo transversal y analítico.</p> <p>MÉTODO DE INV.</p> <p>Deductivo.</p> <p>DISEÑO DE INV.</p> <p>Relacional transversal.</p> <p>ESQUEMA:</p> | <p>POBLACIÓN: Todas las Gestantes con diagnóstico de maduración placentaria del hospital Cesar Garayar Garcia.</p> <p>MUESTRA: Serán 67 gestantes</p> <p>MUESTREO: Probabilística.</p> $n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$ <table border="1"> <tr> <td>Tamaño de la población</td> <td>N</td> <td>102</td> </tr> <tr> <td>Error Alfa</td> <td>α</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>Nivel de Confianza</td> <td>1-α</td> <td>0.95</td> </tr> <tr> <td>Z de (1-α)</td> <td>Z (1-α)</td> <td>1.96</td> </tr> </table> | Tamaño de la población | N | 102 | Error Alfa | α | 0.05 | Nivel de Confianza | 1- α | 0.95 | Z de (1- α) | Z (1- α) | 1.96 |
| Tamaño de la población | N | 102 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Error Alfa | α | 0.05 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nivel de Confianza | 1- α | 0.95 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Z de (1- α) | Z (1- α) | 1.96 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---|------------------------------|---|-------------|------------------|---|------|-----------|---|-------------|----------------------|---|-----------|
| <p>¿Cuál es la frecuencia de gestantes con maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar Garcia 2016?</p> <p>¿Cuál es el análisis factorial entre los factores condicionantes, la maduración placentaria y la Cesárea en el Hospital Cesar Garayar Garcia?</p> | <p>- Determinar la frecuencia de gestantes con maduración placentaria detectadas mediante ecografía en el Hospital Cesar Garayar Garcia 2016.</p> <p>-Describir el análisis factorial entre los factores condicionantes, la maduración placentaria y la Cesárea.</p> | <p>gestantes a término con diagnóstico de maduración placentaria en el Hospital Cesar Garayar Garcia 2016.</p> | <p>Maduración Placentaria</p> <p><u>DIMENSIÓN:</u></p> <p>1) Ultrasonografía.</p> | <p>Si-no</p> <p>Grado II Grado III</p> <p>32ss,36ss</p> | <p>Relacional</p>  <p>Donde :</p> <p>M: Es muestra</p> <p>X,Y: Son observaciones en cada variable</p> | <table border="1" data-bbox="1556 193 1915 558"> <tr> <td>Prevalencia de la Enfermedad</td> <td>p</td> <td>0.50</td> </tr> <tr> <td>Complemento de p</td> <td>q</td> <td>0.50</td> </tr> <tr> <td>Precisión</td> <td>d</td> <td>0.05</td> </tr> <tr> <td>Tamaño de la muestra</td> <td>n</td> <td>67</td> </tr> </table> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTO:</p> <p>Técnica: Documental.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Fichas de recolección de datos.</p> <p>TECNICAS ESTADISTICAS</p> <p>Estadístico de prueba ANOVA, Odds ratio.</p> | Prevalencia de la Enfermedad | p | 0.50 | Complemento de p | q | 0.50 | Precisión | d | 0.05 | Tamaño de la muestra | n | 67 |
| Prevalencia de la Enfermedad | p | 0.50 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Complemento de p | q | 0.50 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Precisión | d | 0.05 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tamaño de la muestra | n | 67 | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO 4

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: _Mgr. Betty Monzón Mariscal de Villacorta .

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

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO **Betty V. Monzón de V.**

DNI:.....**05373315**

TELEF.....**266679**


ANEXO 5

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Mgr. Erika Trigozo Barbaran

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

OBSERVACIONES:.....


Lic. Erika Trigozo Barbarán
OBSTETRA
COP. 13507

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 05413068

TELEF. 0925.000612

ANEXO 6

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: LUCILA VASQUEZ CHONG.

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

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

DIRECCION REGIONAL DE SALUD LORETO
C.S.1-3 SAN ANTONIO DE IQUITOS

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 0700214002

TELEF.....

ANEXO 7

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Mgr. Sarita Torres Lima.

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

OBSERVACIONES:.....
.....
.....


 Sarita E. Torres Li
 OBSTETRA
 C.O.P. 9803
 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: 05285595
 TELEF.....

ANEXO 8

**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

EXPERTO: Mgr. Doris Vela Valles

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

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 108251829

TELEF. 99860068

ANEXO 10



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° 0940-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 22 de marzo del 2017

Visto los documentos;

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución N° 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución N° 0845-2010-UNHEVAL-D, de 04.AGO.10, que aprobó la Segunda Addenda del Convenio suscrito entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco-Dirección de la Escuela de Posgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud-CENCASALUD S.A.C.;

Que, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis, que tiene como jurados revisores a los siguientes docentes:

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Dr. Abner Alfeo FONSECA LIVIAS | Presidente |
| Mg. Ruth CÓRDOVA RUIZ | Secretario |
| Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA | Vocal |
| Mg. Mitsi QUINONES FLORES | Accesitaria |

Que, con solicitudes varias los alumnos de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sección Iquitos, solicita la aprobación del proyecto de tesis para ser aprobado:

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

SE RESUELVE:

1° **APROBAR** los Proyectos de Tesis de las alumnas de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sección Iquitos.

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| 1 | Florentina MURRIETA DAVILA | RELACION ENTRE EL TEST NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS NEONATALES EN EMBARAZOS A TERMINO. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. IQUITOS. 2016. |
| 2 | Leydi GARCIA SAAVEDRA | VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE DISTRES NEONATAL EN GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA DE IQUITOS JUNIO A OCTUBRE 2016. |
| 3 | Jhuliana Elizabeth PEZO SAAVEDRA | HALLAZGOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES CON HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN RELACION A LOS RESULTADOS DEL APGAR. HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, JULIO A DICIEMBRE DE 2016. |
| 4 | Iris CAHUAZA INGA | VALOR PREDICTIVO DE LA ULTRASONOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE CIRCULAR DE CORDON FETAL EN GESTANTES A TERMINO EN RELACION A LA PRESENCIA DE CIRCULAR DE CORDON AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA JULIO – DICIEMBRE 2016. |
| 5 | Joyce Giovana DAVILA RUIZ | ECOGENICIDAD DE LA MADURACION PLACENTARIA Y LA EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO OBSTETRICO MATERNO PERINATAL AMAZONAS. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2016. |
| 6 | Carlos Enrique MÁRQUEZ CABALLERO | VALIDEZ PREDICTIVA DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE MACROSOMIA FETAL CON EL DIAGNOSTICO CLINICO DE MACROSOMIA NEONATAL EN GESTANTES A TERMINO QUE TUVIERON SU PARTO EN EL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" AÑO 2016. |
| 7 | Sheylha Simith COILA GIERATHS | FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFIA. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. 2016. |

2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el libro correspondiente, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 22.MARZO.2017.

3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO

Erasmio Santillan Oliva
Dr. Erasmio SANTILLAN OLIVA
Director (e)

Distribución:
Fólder personal-Interesado (07)-Archivo

ANEXO 11



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO 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° 0777-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 07 de marzo de 2017.

Visto los documentos;

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución N° 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución N° 0845-2010-UNHEVAL-D, de 04.AGO.10, que aprobó la *Segunda Addenda del Convenio suscrito entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco-Dirección de la Escuela de Posgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud-CENCASALUD S.A.C.*;

Que, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis, que tiene como jurados revisores a los siguientes docentes:

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Dr. Abner Alfeo FONSECA LIVIAS | Presidente |
| Mg. Ruth CORDOVA RUIZ | Secretario |
| Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA | Vocal |
| Mg. Mitsi QUINONES FLORES | Accesitario |

Que, con solicitudes varias los alumnos de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sección Iquitos, solicita la aprobación del proyecto de tesis para ser aprobado:

Que, estando en 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° **MODIFICAR** los títulos del Proyecto de Tesis de los alumnos de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sección Iquitos.

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | DICE | DEBIENDO SER |
|----|----------------------------------|--|---|
| 1 | Florentina MURRIETA DAVILA | HALLAZGOS CARDIOTOCOGRAFICOS EN EL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, PERIODO ENERO A JULIO 2015 | RELACION ENTRE EL TEST NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS NEONATALES EN EMBARAZOS ATERMINO. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. IQUITOS. 2016 |
| 2 | Leydi GARCIA SAAVEDRA | IMPORTANCIA DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS | VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE DISTRES NEONATAL EN GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA DE IQUITOS JUNIO A OCTUBRE 2016 |
| 3 | Jhullana Elizabeth PEZO SAAVEDRA | HALLAZGOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES CON HIPERTENSION INDUCIDA POR EMBARAZO EN RELACION A LOS RESULTADOS DEL APGAR. HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, PERIODO ENERO A JULIO DE 2015 | HALLAZGOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES CON HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN RELACION A LOS RESULTADOS DEL APGAR. HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA, JULIO A DICIEMBRE DE 2016. |
| 4 | Iris CAHUAZA INGA | VALOR PREDICTIVO POR ECOGRAFIA CON CIRCULAR DE CORDON EN GESTANTES A TERMINOS EN CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES - IQUITOS PERIODO JUNIO 2013 A JUNIO 2014 | VALOR PREDICTIVO DE LA ULTRASONOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE CIRCULAR DE CORDON FETAL EN GESTANTES A TERMINO EN RELACION A LA PRESENCIA DE CIRCULAR DE CORDON AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA JULIO - DICIEMBRE 2016 |
| 5 | Joyce Giovana DAVILA RUIZ | RELACION DEL GRADO DE MADURACION PLACENTARIA DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO OBSTETRICO MATERNO PERINATAL "AMAZONAS" 2015 | ECOGENICIDAD DE LA MADURACION PLACENTARIA Y LA EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO OBSTETRICO MATERNO PERINATAL AMAZONAS. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2016 |
| 6 | Carlos Enrique MARQUEZ CABALLERO | VALOR PREDICTIVO DE LA ECOGRAFIA OBSTETRICA EN MACROSOMIA FETAL EN EL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" AÑO 2014 | VALIDEZ PREDICTIVA DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE MACROSOMIA FETAL CON EL DIAGNOSTICO CLINICO DE MACROSOMIA NEONATAL EN GESTANTES A TERMINO QUE TUVIERON SU PARTO EN EL HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA" AÑO 2016 |
| 7 | Sheylha Smith COILA GIERATHS | FACTORES QUE CONDICIONAN A REALIZAR PARTO POR CESAREA A MUJERES GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION PLACENTARIA DETECTADAS MEDIANTE MONITOREO MATERNO FETAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 | FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFIA. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. 2016 |

2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Dr. Abner A. Fonseca Livias
DIRECTOR
ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Distribución:
Fólder personal-Interesado (7)-Archivo

ANEXO 12



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° 0939-2016-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 14 de diciembre del 2016

Vistos los documentos presentados por la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, **Sheylha Simith COILA GIERATHS**, solicitando designación de Jurados Revisores del Proyecto de Tesis y nombramiento de Asesor;

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución N° 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución N° 0845-2010-UNHEVAL-D, de 04.AGO.10, que aprobó la *Segunda Addenda del Convenio suscrito entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco-Dirección de la Escuela de Posgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud-CENCASALUD S.A.C.*;

Que, se ha solicitado a la Comisión de Grados la propuesta de una terna del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis, quienes mediante Informe S/N-2016-UNHEVAL/EPG-CG, de fecha 08.DIC.2016., remiten la designación de la Comisión correspondiente;

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 la Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE, como Asesora de Tesis de la alumna en la Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, **Sheylha Simith COILA GIERATHS**, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **DESIGNAR**, a los miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES QUE CONDICIONAN A REALIZAR PARTO POR CESÁREA A MUJERES GESTANTES A TÉRMINO, CON DIAGNÓSTICO DE MADURACIÓN PLACENTARIA DETECTADAS MEDIANTE MONITOREO MATERNO FETAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015" a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, **Sheylha Simith COILA GIERATHS**, el mismo integrado por los siguientes docentes, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

| | |
|--|-------------|
| 2.1. Dr. Abner FONSECA LIVIAS | Presidente |
| 2.2. Mg. Ruth CÓRDOVA RUÍZ | Secretaria |
| 2.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA | Vocal |
| 2.4. Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES | Accesitario |
- 3° **ENCARGAR**, a los docentes integrantes del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis emitir su informe dentro de los treinta días siguientes de recepcionado la presente Resolución.
- 4° **ESTABLECER**, que de no cumplir con lo indicado en el numeral 3° de la presente Resolución, automáticamente se procederá al cambio de jurado y no se considerará al docente en comisiones ni en la distribución de Carga Académica.
- 5° **DAR A CONOCER**, la presente Resolución a los miembros del jurado examinador y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADODr. Abner A. Fonseca Livias
DIRECTOR

Distribución
Asesor - Fólder personal
Jurados (03)
Interesado
Archivo

ANEXO 13



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

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

RESOLUCIÓN N° 01305-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 27 de abril de 2017.

Visto, los documentos en (05) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución N° 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución N° 0845-2010-UNHEVAL-D, de 04.AGO.10, que aprobó la *Segunda Addenda del Convenio suscrito entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco-Dirección de la Escuela de Posgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud-CENCASALUD S.A.C.*;

Que, con la Resolución N° 01278-2017-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 25.ABR.17, se designó a los miembros del Jurado Examinador del Informe de Borrador de Tesis Titulada: "FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFIA. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. 2016" el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Abner FONSECA LIVIAS, Presidente; Mg. Ruth CORDOVA RUIZ, Secretario; Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA, Vocal; Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES, Accesitario;

Que, con la Solicitud N° 0353931, de fecha 26.ABR.2017, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sede Iquitos, **Sheylha Simith COILA GIERATHS**, solicita se fije la fecha y la hora de la sustentación;

Que, encontrándose conforme a lo establecido en los Arts. 33° del Reglamento de la Segunda Especialidad en Obstetricia, es necesario fijar fecha y hora para la sustentación de la tesis;

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

SE RESUELVE:

- 1° **FIJAR** fecha y hora de sustentación de la tesis titulada: "FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFIA. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sede Iquitos, **Sheylha Simith COILA GIERATHS**, para el día sábado **29.ABRIL.2017**, a las **10:00 horas.**, en el Auditorium del Hospital Regional de Loreto. Sito en la Av. 28 de Julio S/N Punchana, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **DESIGNAR** como miembros del jurado que está integrado por los siguientes docentes:

| | |
|--|-------------|
| 2.1. Dr. Abner FONSECA LIVIAS | Presidente |
| 2.2. Mg. Ruth CORDOVA RUIZ | Secretaria |
| 2.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA | Vocal |
| 2.4. Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES | Accesitaria |
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los miembros del jurado y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO**Dr. Abner A. Fonseca Livias**
DIRECTORDistribución
Fólder personal
Jurados (03)
Interesada
Archivo

ANEXO 14



“Año del buen servicio al ciudadano”

CENCAS-UNHEVAL
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNOSTICO POR
IMÁGENES

Iquitos 20 de Enero de 2017

Carta N° 01- 2017-MLMP/T-SE/CENCAS-UNHEVAL.

Señor (a):

Mc. Carlos Alberto Coral Gonzales.

DIRECTOR DEL “HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA.”

Presente.-

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE
PROYECTO DE TESIS.

De mi mayor consideración.

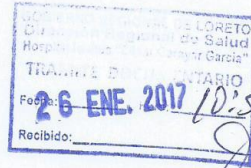
Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitar la autorización correspondiente para la ejecución del Proyecto titulado “FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TÉRMINO, CON DIAGNÓSTICO DE MADURACIÓN PLACENTARIA DETECTADAS MEDIANTE ECOGRAFÍA EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA OCTUBRE-DICIEMBRE 2016” para **ÓPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN: MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.**

Sin otro particular hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de estima y consideración.

Atentamente,

Obsta. Sheylla Simith Coila Gieraths
TESISTA
SEGUNDA ESPECIALIDA

ANEXO 15



“Año del buen servicio al ciudadano”

CENCAS-UNHEVAL
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNOSTICO POR
IMÁGENES

Iquitos, 26 de enero de 2017

Carta N° 02-2017-ERSH/T-SE/CENCAS-UNHEVAL.

Señor (a): **Mc. Carlos Alberto Coral Gonzales.**

DIRECTOR DEL “HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA”

Presente.-

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE
PROYECTO DE TESIS.**

De mi mayor consideración.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitar la autorización correspondiente para la ejecución del Proyecto titulado “FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TERMINOS CON MADURACIÓN PLACENTARIA DETECTADAS POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA OCTUBRE – DICIEMBRE I2016” para OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN: MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.

- Adjunto copia de anterior solicitud de autorización.
- Adjunto Proyecto de Tesis.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de estima y consideración.

Atentamente,

.....
Obsta. Sheylha Simith Coila Gieraths
TESISTA
SEGUNDA ESPECIALIDAD

ANEXO 16

| | | | | | |
|---|------|---------------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------|
|  | PERU | MINISTERIO DE SALUD | GOBIERNO REGIONAL DE LORETO | DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO | HOSPITAL APOYO IQUITOS |
|---|------|---------------------|-----------------------------|------------------------------------|------------------------|

MEMORANDO N° 208-2017-GRL-DRS-L-HICGG/30.17.01.

PARA:

❖ Sr. Robert Eduardo Pérez Macedo
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática

ASUNTO: BRINDAR FACILIDADES

FECHA: Iquitos, 09 de Febrero del 2017

Mediante el presente comunico a usted que, de acuerdo a la Constancia de N° 030-CEI-HICGG-2017, que aprueba el Comité de Ética en Investigación del HICGG, para realizar recopilación de datos de las Historias Clínicas de pacientes del Departamento de Gine-Obstetricia, y así mismo solicita se brinde las facilidades a la tesista de la Escuela de Post-grado de la UNHEVAL, a: **Sheylha Simith COILA GIERATHS**, quien realizara la recopilación de datos por lo que solicita su ingreso a la Oficina a su cargo, a partir del lunes 13 del presente, a fin de obtener la información requerida, para el desarrollo del ante-proyecto de tesis, "**Factores Condicionantes de Parto por Cesárea en Gestantes a términos con maduración placentaria detectadas por Ecografía en el Hospital Iquitos "César Garayar García", del mes de Julio a Diciembre 2016.**"

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"

MC CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.F. N° 030483

C.c.:

- Interesado
- OGDRRH
- UDRRH
Archivo
CACG/HI/RF/D/EG/G/2017/09/09

ANEXO 17



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

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

RESOLUCIÓN N° 01305-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 27 de abril de 2017.

Visto, los documentos en (05) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución N° 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución N° 0845-2010-UNHEVAL-D, de 04.AGO.10, que aprobó la *Segunda Addenda del Convenio suscrito entre la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco-Dirección de la Escuela de Posgrado y el Centro de Capacitación y Actualización en Salud-CENCASALUD S.A.C.*;

Que, con la Resolución N° 01278-2017-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 25.ABR.17, se designó a los miembros del Jurado Examinador del Informe de Borrador de Tesis Titulada: "FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFIA. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. 2016" el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Abner FONSECA LIVIAS, Presidente; Mg. Ruth CORDOVA RUIZ, Secretario; Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA, Vocal; Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES, Accesitario;

Que, con la Solicitud N° 0353931, de fecha 26.ABR.2017, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sede Iquitos, *Sheylha Simith COILA GIERATHS*, solicita se fije la fecha y la hora de la sustentación;

Que, encontrándose conforme a lo establecido en los Arts. 33° del Reglamento de la Segunda Especialidad en Obstetricia, es necesario fijar fecha y hora para la sustentación de la tesis;

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

SE RESUELVE:

- 1° **FIJAR** fecha y hora de sustentación de la tesis titulada: "FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFIA. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sede Iquitos, *Sheylha Simith COILA GIERATHS*, para el día sábado **29.ABRIL.2017**, a las **10:00 horas.**, en el Auditorium del Hospital Regional de Loreto. Sito en la Av. 28 de Julio S/N Punchana, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **DESIGNAR** como miembros del jurado que está integrado por los siguientes docentes:

| | |
|--|-------------|
| 2.1. Dr. Abner FONSECA LIVIAS | Presidente |
| 2.2. Mg. Ruth CORDOVA RUIZ | Secretaria |
| 2.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA | Vocal |
| 2.4. Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES | Accesitaria |
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los miembros del jurado y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO*Dr. Abner A. Fonseca Livias*
DIRECTORDistribución
Fólder personal
Jurados (03)
Interesada
Archivo

ANEXO 18



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
 Huánuco - Perú
ESCUELA DE POSGRADO
 Campus Universitario, Pabellón V Block "A" 2do. Piso - Cayhuayna
 Teléfono 514760



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE ESPECIALISTA

En el Auditorium del Hospital Regional de Loreto. Sito en la Av. 28 de Julio S/N Punchana, Iquitos, siendo las **10:00 h.**, del día sábado **29.ABRIL.2017**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

| | |
|---------------------------|------------|
| Dr. Abner FONSECA LIVIAS | Presidente |
| Mg. Ruth CÓRDOVA RUÍZ | Secretaria |
| Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES | Vocal |

La aspirante al Título de Especialista en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Doña, Sheila Smith COILA GIERATHS.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **"FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO POR CESAREA EN GESTANTES A TERMINO, CON DIAGNOSTICO DE MADURACION PLACENTARIA DETECTADOS MEDIANTE ECOGRAFIA. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. 2016"**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Especialista, teniendo presente los criterios siguientes:

- Presentación personal.
- Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
 Obteniendo en consecuencia la Especialista la Nota de Quince (15)

Equivalente a Aprobado, por lo que se recomienda
 (Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Iquitos, siendo las 10:55 horas del 29 de abril de 2017.

.....
 PRESIDENTE
 DNI N° 22412106

Ruth Cordova
 SECRETARIA
 DNI N° 22320276

Mitsi Quiñones
 VOCAL
 DNI N° 22475878

ANEXO 19

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres:

Sheylha Simith Coila Gieraths.

DNI: 05411809

Lugar y fecha de nacimiento de la autora:

Nacida el 26 de Agosto de 1977, en el distrito de Puno, Provincia de Puno, Departamento de Puno.

Telefono /celular: (065)243270 / #965673944

Correo electrónico: sheylha_simith@hotmail.es

ESTUDIOS:

Primaria:

Centro educativo 61009 Distrito de Iquitos, años 1983-1988

Secundarios: Centro educativo primario secundario Rosa Agustina Donayre de Morey- Distrito de Iquitos, años 1989- 1993.

Superior: Universidad, Escuela y/o Facultad:

Universidad Particular de Iquitos (U.P.I), Facultad de Ciencias de la Salud.

Año de ingreso 1994- 2001.

Segunda especialidad:

Estudios concluidos de la 2da Especialidad en Salud, Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes en Obstetricia. Enero 2014- Noviembre 2015.

Universidad Nacional Emilio Valdizán – UNHEVAL.

GRADOS Y TITULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia, Universidad Particular de Iquitos (U.P.I), año de grado de bachiller 22 de Febrero de 2006.

Título de OBSTETRIZ, Universidad Particular de Iquitos (U.P.I), año de titulación como Obstetra: 27 de Julio del 2006.

OTROS ESTUDIOS:

Estudios concluidos en Maestría Salud Publica, Escuela Post Grado de la Universidad de la Amazonia Peruana, del distrito de Iquitos, fecha de ingreso Julio de 2014-2016. (En proceso de sustentación de tesis).

Diplomado en Atención Integral en el marco de la Atención Primaria de Salud del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria – PROFAM. (Convenio entre la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – UNAP – Facultad de Enfermería y la Dirección Regional de Salud de Loreto – DIRESA LORETO. Agosto 2014 a Diciembre 2014.

Diplomado en Salud Familiar y Comunitaria para Obstetras – Instituto interamericano de especialización profesional - INSEP (Convenio Interinstitucional entre la Universidad Inca Garcilaso de la Vega y el Instituto interamericano de especialización profesional - INSEP) Febrero 2014 – Octubre 2014.

Diploma en prevención Prenatal de discapacidades. Julio 2013 – Enero 2014 – Red Natal (Universidad Católica de Santa María – Fundación de Waal).

Diploma en Atención del Parto en Alto Riesgo – 22 Febrero al 15 de Diciembre de 2008 – Universidad nacional de San Martín – Tarapoto.

Diplomado en Salud Familiar y Comunitaria para Obstetras – Instituto interamericano de especialización profesional - INSEP (Convenio Interinstitucional entre la Universidad Inca Garcilaso de la Vega y el Instituto interamericano de especialización profesional - INSEP) Febrero 2014 – Octubre 2014.

Centros Laborales Actuales-Cargos:

DIRESA LORETO-PUESTO DE SALUD MAYNAS 1-2 MICRO RED PUNCHANA-EJE SAN ANTONIO. Desde 15 de octubre de 2007 hasta la actualidad.

Cargo: Obstetra asistencial.

Iquitos 29 de Abril 2017