

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**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.**

TESISTA: LEYDI GARCIA SAAVEDRA

ASESOR: DRA. MARY LUISA MAQUE PONCE

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

HUÁNUCO – PERÚ

2 017

TÍTULO

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.

DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a todas aquellas personas que creyeron en mí y estuvieron conmigo desde el principio, a aquellos seres queridos que supieron apoyarme y comprenderme todo el tiempo que tomó llegar a este punto.

AGRADECIMIENTO

Es mi deseo hacer una mención de gratitud en primer lugar a Dios todopoderoso por brindarme las condiciones necesarias para cumplir con mis objetivos; y en segundo lugar a mi familia quienes suponen los cimientos de mi desarrollo en cada faceta de mi vida, porque así como yo, ellos también se esforzaron y sacrificaron apoyándome e incitándome para continuar hasta el final.

INDICE

<u>TÍTULO</u>	II
<u>DEDICATORIA</u>	III
<u>AGRADECIMIENTO</u>	IV
<u>ÍNDICE</u>	V
<u>RESUMEN</u>	VII
<u>SUMMARY</u>	VIII
<u>INTRODUCCIÓN</u>	IX
<u>CAPÍTULO I</u>	10
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	10
<u>1.1. Fundamentación del problema</u>	10
<u>1.2. Formulación del problema</u>	10
<u>1.2.1 Problema General</u>	10
<u>1.2.2 Problemas Específicos</u>	10
<u>1.3 Objetivos</u>	10
<u>1.3.1. Objetivo General</u>	10
<u>1.3.2. Objetivos Específicos</u>	11
<u>1.4 Justificación e importancia</u>	11
<u>1.5 Limitación</u>	16
<u>CAPITULO II</u>	17
<u>MARCO TEÓRICO</u>	17
<u>2.1 Antecedentes</u>	17
<u>2.1.1 Antecedentes Internacionales</u>	17
<u>2.1.2 Antecedentes Nacionales</u>	18
<u>2.1.1 Antecedentes Locales</u>	20
<u>2.2 Bases teóricas</u>	23
<u>2.2.1 Distress fetal</u>	23
<u>2.2.2 Monitoreo Electrónico Fetal</u>	30
<u>2.3. Definición de Términos Básicos</u>	36
<u>2.3.1 Cardiotocografía basal</u>	36
<u>2.3.2 Distress fetal</u>	36
<u>2.3.3 Valor predictivo positivo (PV+)</u>	37
<u>CAPITULO III</u>	38
<u>ASPECTOS OPERACIONALES</u>	38
<u>3.1. Hipótesis:</u>	38

<u>3.1.1</u> Hipótesis Alternativa.....	38
<u>3.1.2</u> Hipótesis Nula.....	38
<u>3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores</u>	38
<u>3.2.1</u> Variable Independiente	38
<u>3.2.2</u> Variable Dependiente	39
<u>CAPITULO IV</u>	40
<u>MARCO METODOLÓGICO</u>	40
<u>4.1. Dimensión Espacial y Temporal</u>	40
<u>4.2. Tipo de Investigación</u>	40
<u>4.3. Diseño de Investigación</u>	40
<u>4.4. Determinación del Universo/Población y muestra</u>	40
<u>4.4.1</u> Universo.....	40
<u>4.4.2</u> Población	41
<u>4.4.3</u> Selección de la Muestra.....	41
<u>4.5. Tipo de Muestreo</u>	41
<u>4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos</u>	42
<u>4.6.1</u> Las fuentes	42
<u>4.6.2</u> Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	42
<u>4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de Datos</u>	43
<u>CAPITULO V</u>	44
<u>RESULTADOS</u>	44
<u>DISCUSIÓN</u>	56
<u>CONCLUSIONES</u>	57
<u>RECOMENDACIONES</u>	58
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	59
<u>ANEXOS</u>	61

RESUMEN

La presente investigación “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” tuvo como objetivo conocer la relación de predicción del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de Distress Neonatal en Gestantes en trabajo de parto Hospital cesar Garayar Garcia.2016; la investigación fue de tipo observacional retrospectivo, transversal y bivariado. Para efectos de la recolección de la información se escogió una muestra dirigida de 59 historias clínicas de gestantes en trabajo de parto, 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 Medidas de tendencia central de la edad de las mujeres gestantes, tenemos que la edad promedio de las mujeres gestantes en trabajo de parto que se les realizó es de 26 años de edad. El 59.3% (35 casos) son multíparas. La mayor cantidad, el 72.9% (43 casos) tenían entre 37 y 42 semanas de gestación. El 69.5% (41 casos) si tuvieron diagnóstico de Distress fetal a través de MEF. El 45.8% (27 casos) fue diagnosticado con sufrimiento fetal agudo. El 23.7% (14 casos) fue diagnosticado con sufrimiento fetal crónico. El 55.9% (33 casos) tuvieron parto vaginal. El 44.1% (26 casos) tuvieron parto cesáreo. Y, con respecto a los resultados del test de Apgar, tenemos que, el 45.8% (27 casos) tuvieron resultados leves (<3 al minuto y >7 a los 5 minutos).

Palabras clave: Distress, monitoreo electrónico fetal, valor predictivo.

SUMMARY

The present research "PREDICTIVE VALUE OF FETAL ELECTRONIC MONITORING IN THE DIAGNOSIS OF NEONATAL DISTRESS IN LABORATORY LABORATORIES IN THE HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA DE IQUITOS JUNE TO OCTOBER 2016" aimed to know the predictive relationship of electronic fetal monitoring in the diagnosis of Neonatal Distress in Pregnant Women in Labor Hospital César Garayar Garcia.2016; The research was retrospective, transverse, bivariate and retrospective data collection. For purposes of information collection, a directed sample of 59 clinical records of pregnant women in labor was chosen, the same ones that were used to fill the data collection form. After data processing the following results were obtained:

- Regarding the measures of central tendency of the age of pregnant women, we have that the average age of pregnant women in labor who underwent MEF, is 26 years old. 59.3% (35 cases) are multiparous. The largest number, 72.9% (43 cases) were between 37 and 42 weeks of gestation. 69.5% (41 cases) if they had a diagnosis of fetal distress through MEF. 45.8% (27 cases) were diagnosed with acute fetal distress. 23.7% (14 cases) were diagnosed with chronic fetal distress. 55.9% (33 cases) had vaginal delivery. 44.1% (26 cases) had cesarean delivery. And, with respect to the results of the Apgar test, we have that, 45.8% (27 cases) had slight results (<3 a minute and> 7 at 5 minutes).

Key words: Distress, fetal electronic monitoring, predictive value.

INTRODUCCIÓN

El Hospital “Cesar Garayar García” también conocido como “Hospital Apoyo Iquitos”, viene realizando sus actividades desde el 21 de julio de 1,945, brindando servicios integrales de salud, a niños, adolescentes, adultos, priorizando a la población urbano y rural, satisfaciendo las necesidades de salud sentidas y no sentidas en forma oportuna con equidad, calidad y calidez.

En la actualidad el Hospital Apoyo Iquitos, ha logrado la Certificación a nivel nacional como el Primer Hospital de provincia que cumple con la “Implementación de los 10 Pasos para un Parto Seguro” y para “Una Lactancia Materna Exitosa”.

Así mismo, cuenta con un departamento gineco – obstétrico en la que a las pacientes gestantes se las evalúa de manera clínica y obstétrica y a vez se solicitan exámenes auxiliares: Sangre y Ecografía.

Por otra parte, el uso de exámenes auxiliares en mujeres gestantes, como es el monitoreo electrónico fetal, son de vital importancia porque permiten diagnosticar oportunamente la condición fetal.

El monitoreo electrónico fetal se basa en el registro de la frecuencia cardíaca fetal asociada a contracciones, es decir, durante el trabajo de parto, sea espontáneo o inducido. En este caso sí es útil, tanto para determinar la adecuada oxigenación fetal, lo que nos permite proseguir el trabajo de parto con seguridad, como para detectar precozmente el sufrimiento fetal agudo, e indicar oportunamente la inhibición de las contracciones y finalizar el mismo mediante una cesárea, evitando secuelas neurológicas. En resumen, el monitoreo fetal nos brinda un elemento objetivo de control durante el trabajo de parto y nos ayuda en la detección del sufrimiento fetal agudo.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema.

Consideramos Distress fetal, cuando disminuye el aporte de oxígeno en los tejidos fetales, disminuye el metabolismo de glucosa necesario para la energía celular. Si la hipoxia perdura o se agrava, la célula deja de ser capaz de mantener los requerimientos básicos y la célula muere. Para aprovechar al máximo el poco oxígeno disponible, el feto responde redirigiendo la circulación a los órganos vitales como el corazón y el cerebro. El empeoramiento de la hipoxia intestinal causa un aumento de la motilidad y consecuente liberación de meconio al líquido amniótico, uno de los signos indirectos de hipoxia fetal. La degradación anaeróbica de la glucosa causa un exceso de base seguido de una acidosis

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el Diagnóstico de Distress Neonatal en Gestantes en trabajo de parto el Hospital Cesar Garayar García - Iquitos 2016?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuáles son los resultados del monitoreo Electrónico fetal en el Diagnóstico de Distress Neonatal en Gestantes en trabajo de parto en el Hospital Cesar Garayar García 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Conocer la relación de predicción del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de Distress Neonatal en Gestantes en trabajo de parto Hospital cesar Garayar Garcia.2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los resultados del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de Distress Neonatal en Gestantes en trabajo de parto Hospital cesar Garayar García 2016.
- Identificar los casos de Distress según el Apgar del neonato en el Hospital cesar Garayar García 2016.
- Correlacionar con el valor predictivo los resultados del monitoreo fetal electrónico en el diagnóstico de Distress Neonatal según el resultado del Apgar en el Hospital Garayar García 2016.

1.4. Justificación e importancia

Hasta la década de los 50, los únicos medios de monitorización fetal con los que contaba el obstetra, eran la visualización del líquido amniótico mediante amnioscopia, y el control de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) mediante estetoscopio. La pieza clave en el control de la salud fetal ha sido clásicamente la auscultación de la frecuencia cardiaca del feto, debido a que la FCF y sus alteraciones están en su mayor parte bajo el control del sistema nervioso simpático y parasimpático, pudiendo ser indicadores fiables de hipoxia fetal

Sin embargo, este planteamiento fue considerado insuficiente, y en una búsqueda de mejores resultados perinatales se difundió de manera amplia la monitorización cardiotocográfica. El monitoreo fetal electrónico (MFE) de la frecuencia cardíaca fetal ha sido durante décadas el método estándar para el diagnóstico de sufrimiento fetal intraparto.

La introducción de la monitorización electrónica de la FCF (MEF), supuso un avance de la vigilancia fetal intraparto con una disminución de la morbimortalidad perinatal. Dicha disminución fue observada en estudios prospectivos en recién nacidos a término y pretérmino, controlados durante el parto mediante monitorización electrónica y auscultación intermitente de la FCF. No obstante, la baja especificidad de los registros cardiotocográficos y los falsos positivos, pusieron en duda su efectividad.

La modalidad más utilizada para identificar a los fetos en riesgo de resultados adversos es el monitoreo fetal electrónico (MFE).

El MFE es una prueba de vigilancia fetal a través del registro de los cambios de la frecuencia cardíaca. Durante el embarazo esta prueba evalúa las aceleraciones de la frecuencia cardíaca como acto reflejo ante los movimientos in útero del feto y durante el trabajo de parto evalúa la frecuencia cardíaca fetal en relación con las contracciones uterinas. Su principal objetivo es identificar fetos que puedan encontrarse en estados hipoxémicos. La evaluación del feto durante el parto es una tarea difícil.

La razón fundamental para el control de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es que los patrones de la frecuencia cardíaca fetal son marcadores indirectos de la respuesta cardíaca y medular fetal a los cambios de

volumen de sangre, acidemia, y la hipoxemia, ya que el cerebro modula la frecuencia cardíaca.

Prácticamente todas las organizaciones obstétricas aconsejan controlar la frecuencia cardíaca fetal durante el parto.

El objetivo principal de monitorización de la FCF es identificar fetos con hipoxemia y acidosis para así poder intervenir a tiempo evitará la muerte.

Un objetivo secundario es evitar el daño neurológico del feto, en lo posible.

Las dos modalidades comúnmente utilizadas para la monitorización de la FCF intraparto, monitorización de la FCF electrónica continua y auscultación intermitente.

Desarrollo cardíaco: Una comprensión del desarrollo fisiológico del sistema cardíaco es crítico para la diferenciación de una frecuencia cardíaca fetal normal de una frecuencia cardíaca fetal anormal en cada etapa del embarazo.

Sistema nervioso autónomo: Los sistemas nerviosos simpático y parasimpático forman el sistema nervioso autónomo, que regula la frecuencia cardíaca fetal.

Sistema nervioso parasimpático: La inervación parasimpática del corazón está mediado principalmente por el nervio vago (X par craneal), que se origina en el bulbo raquídeo. Las fibras de la inervación de los nodos sinoauricular (SA) y auriculoventricular (AV). Las dos influencias parasimpáticas sobre el corazón son:

- Un efecto cronotrópico que ralentiza la frecuencia cardíaca fetal. La estimulación del nervio vago produce una disminución relativa del nodo SA y una disminución en la frecuencia cardíaca fetal, mientras que los medicamentos (por ejemplo, atropina) que bloquean la liberación de acetilcolina desde el nervio vago a un aumento relativo del nodo SA y la aceleración de la FCF (en aproximadamente 20 latidos por minuto [lpm] a término).

Del sistema nervioso simpático: Los nervios simpáticos se distribuyen por todo el miocardio del feto a término. Resultados de la estimulación simpática es la liberación de noradrenalina, lo que acelera la frecuencia cardíaca fetal y mejora inotropismo. El bloqueo de la actividad simpática disminuye FCF basal.

Efecto de la edad gestacional en la FCF: El sistema nervioso parasimpático ejerce una influencia cada vez mayor en la frecuencia cardíaca fetal a medida que avanza la edad gestacional (es decir, la edad gestacional se asocia con disminución de la frecuencia cardíaca basal).

Variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal se da rara vez antes de las 24 semanas de gestación, mientras que la ausencia de la variabilidad es anormal después de 28 semanas de gestación ya que el sistema nervioso parasimpático se desarrolla en el tercer trimestre.

Avanzando la edad gestacional también se asocia con aumento de la frecuencia y la amplitud de las aceleraciones la frecuencia cardíaca fetal, que son modulados por el sistema nervioso simpático.

La bradicardia puede manifestarse como desaceleraciones temprana, tardía o variable, dependiendo de la etiología de la hipoxia transitoria (por

ejemplo, la compresión de la cabeza fetal reduce el flujo sanguíneo cerebral que puede conducir a desaceleraciones tempranas, las contracciones uterinas reducir el flujo de sangre de la placenta que puede conducir a desaceleraciones tardías, y la compresión del cordón umbilical reduce el flujo de sangre en la vena umbilical y de las arterias que pueden causar desaceleraciones variables).

El propósito de la vigilancia intraparto y su mayor avance es una mejor atención de pacientes, en este caso, el feto y la embarazada. Un tipo normal de frecuencia cardíaca fetal, suele vincularse con el nacimiento de un feto bien oxigenado, normal; sin embargo, una frecuencia cardíaca fetal no alentadora, no siempre se vincula con el nacimiento de un niño acidótico.

Esta situación, ha llevado a un aumento de intervenciones obstétricas innecesarias con una tasa creciente de cesáreas.

El problema está en que, ante un riesgo de pérdida de bienestar fetal, se tiende a la finalización inmediata del embarazo, en la mayoría de los casos de forma operatoria, lo que va a ocasionar un daño tanto a la madre como al feto, no justificado si se ha realizado un diagnóstico erróneo de distress fetal.

El monitoreo electrónico fetal (MEF) se realiza continuamente en todas las casas de salud en nuestro país es por eso que es necesario realizar un estudio en donde validemos la importancia del mismo, además de estandarizar la interpretación del mismo con la utilización de conceptos unificados.

Existe evidencia derivada de ensayos clínicos en donde se demostró que alteraciones en el monitoreo fetal electrónico con un manejo adecuado disminuyen la incidencia de convulsiones neonatales.

Tomando en cuenta que estas alteraciones en el monitoreo fetal provocaron un aumento en la incidencia de cesáreas y partos instrumentales

1.5. Limitaciones

Las limitaciones que tuve fueron aquellos relacionados al ubicar y encontrar registros completos de las historias clínicas.

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.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Zapta Y. (3) Lima 2002, en su trabajo de investigación titulado: “valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en el I. M. P. Marzo – mayo del 2002”, el mismo que concluyó con lo siguiente: El Valor Predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en

el diagnóstico de distocia funicular esta dado por la sensibilidad del 60.20% y una especificidad del 92.29% siendo estos adecuados ya que la valoración de la prueba diagnostica esta dentro de los parámetros aceptados para un nivel de confianza del 0.95; El Valor Predictivo Positivo (76.84%) y el Valor Predictivo Negativo (84.52%) también se encuentran dentro del intervalo de normalidad; La prevalencia o incidencia de distocia funicular fue del 29.80%; La incidencia de depresión neonatal es baja cuando existe un Monitoreo Electrónico Fetal sugerente de distocia funicular (3.21%), es decir existe un adecuado manejo clínico cuando se esta frente a un resultado sugestivo de distocia funicular.

Valdivia A. (4) Lima 2013, en su investigación: “Eficacia del monitoreo electrónico anteparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal - Instituto Nacional Materno Perinatal - 2013”, que tuvo como objetivo: Determinar la eficacia del monitoreo electrónico anteparto para el diagnóstico de sufrimiento fetal, basado en los resultados del Apgar y del líquido amniótico, en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período 2013, teniendo como resultado lo siguiente: línea de base normal (86.8%), variabilidad disminuida (15%), desaceleraciones tardías (5.8%) y desaceleraciones variables (3.3%), observándose desaceleraciones <50% en el 11.3%. Entre los resultados del parto: El 62.1% de las pacientes fue sometida a cesárea y el 37.9% culmino en parto vaginal, de los cuales el 19.9% tuvo liquido meconial fluido y en el 2.3% liquido meconial espeso. Se encontró un Apgar al minuto <4 en el 3.8% de los recién nacidos y

entre 4 - 6 puntos en el 1.7%. El Apgar a los 5 minutos <4 se manifestó en un 1.2% y entre 4 - 6 puntos en un 1.7%. Los casos de sufrimiento fetal por monitoreo electrónico anteparto (MEF+) fueron diagnosticados en un 30.1%. Respecto al MEF positivo y los resultados neonatales, se observa relación entre el sufrimiento fetal diagnosticado por monitoreo electrónico fetal con el Apgar al minuto ($p<0.001$) y el Apgar a los 5 minutos ($p=0.002$), sin embargo, no se observa relación significativa entre el sufrimiento fetal diagnosticado por monitoreo electrónico fetal y el líquido amniótico ($p=0.809$). La estimación de los valores diagnósticos del monitoreo electrónico anteparto para sufrimiento fetal según Apgar al minuto < 7 puntos fueron: sensibilidad 74%, especificidad 72%, valor predictivo positivo 13% y valor predictivo negativo 98%; según Apgar a los 5 minutos <7 puntos fueron: sensibilidad 69%, especificidad 71%, valor predictivo diagnóstico positivo 9% y valor predictivo negativo 98%; según líquido amniótico anormal fueron: sensibilidad 31%, especificidad 70%, valor predictivo diagnóstico positivo 23% y valor predictivo negativo 78%. Así mismo, el autor concluyó que, El monitoreo electrónico anteparto positivo para diagnóstico de sufrimiento fetal, resulta ser eficaz para establecer un Apgar menor a 7 así mismo, el monitoreo electrónico fetal negativo para diagnóstico de sufrimiento fetal resulta ser eficaz para establecer un Apgar mayor o igual a 7.

2.1.3. Antecedentes Locales

Gonzales K. (5) San Juan – Iquitos 2016, en su trabajo de investigación: “Valor del monitoreo fetal electrónico intraparto en el

diagnóstico del sufrimiento fetal agudo en el Hospital III Iquitos de Essalud, setiembre a octubre 2016”, que tuvo como objetivo 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. Y sus resultados fueron los siguientes: 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 liquido 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 la autora concluyó diciendo que El estudio demostró que el monitoreo fetal intraparto es sensible para determinar sufrimiento fetal agudo

En 1978, se estimó que cerca de 2/3 de mujeres norteamericanas se monitorizaban durante el trabajo de parto.

En 1973 el 78% de todos los nacidos vivos han sido sometidos al monitoreo electrónico fetal, siendo el resultado de estudio en 3120 mujeres, el MEF es usado en mujeres en alto riesgo obstétrico especialmente, y dan buenos resultados perinatales, es decir se logra el objetivo de disminuir la morbimortalidad neonatal.

Es importante señalar que en los 80 en EE-UU, el MEF incremento desproporcionalmente más en embarazos de bajo riesgo obstétrico de 46.5% a un 76.3%

Se han atribuida a una gran parte de la disminución de la mortalidad perinatal a la introducción del MEF.

Hasta 1969 se notifican tasas de mortalidad perinatal de aproximadamente del 50% y con el uso del MEF se logró disminuir en un 21% en el año 1974.

En 1975, Tuter y Newman demuestran la mortalidad perinatal de mediano riesgo de 8 x mil nacidos vivos. Frente a otro grupo no monitorizado que fue de 19 x mil nacidos vivos. Se puede notar la reducción de la mortalidad perinatal por el MEF, siendo de suma importancia su uso en obstetricia

El Distress Fetal se pudo detectar tempranamente con el MEF, que conlleva a una cesárea, según Mann y Gallar, en 1969, que observaron en el 16% de cesáreas por Distress Fetal y del 28 y 24% en 1974 y 1977 respectivamente. Sin embargo, en 1978 la incidencia disminuye al 11.7% concluyendo que la cesárea va depender de la interpretación correcta del MEF.

El Distress Fetal es una urgencia obstétrica que requiere la terminación del embarazo, se demostró que las anomalías de la frecuencia cardiaca fetal producen desequilibrio ácido base y la acidosis en el recién nacido, se ha vinculado con un mayor riesgo de complicaciones y muertes neonatales, por ello es necesario reconocer las variaciones en la frecuencia cardiaca fetal.

2.2. Bases teóricas

Distress fetal.

El sufrimiento fetal agudo (SFA), o diestrés fetal, es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.

En el sufrimiento fetal no existe consenso sobre una definición exacta del mismo, aceptándose generalmente que es sinónimo de hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y el feto.

Se conoce la existencia de una alta correlación entre el sufrimiento fetal y diversos cuadros patológicos del recién nacido, especialmente respiratorios ya que la hipoxia fetal que el mismo ocasiona se acompaña de diversas alteraciones metabólicas, enzimáticas y del equilibrio ácido básico que se traducen en acidosis, aspiración de líquido amniótico y depresión del recién nacido, pudiendo provocarle al mismo graves alteraciones e incluso la muerte

El término sufrimiento fetal agudo (SFA) se usa con frecuencia y sin restricciones en la práctica obstétrica, definiéndose como "un estado en que la fisiología fetal se halla tan alterada que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período de tiempo relativamente breve". El SFA debe diferenciarse de la respuesta de estrés reactiva frente a los fenómenos del parto, en este último los mecanismos de respuesta fetal le permiten al producto adaptarse a situaciones estresantes evitando con

ello la aparición de lesiones permanentes. A pesar que a la luz de los conocimientos actuales la mayoría de las muertes perinatales y de las potenciales secuelas neurológicas que presentará el neonato, surgen de eventos precipitantes que afectan al feto fuera del período intraparto (inmadurez, infección, hipoxia crónica, etc.), es durante el parto donde la unidad feto placentaria puede claudicar originando un estado asfíctico, factor precipitante de las dos complicaciones obstétricas más graves, la muerte perinatal y las secuelas neurológicas, las que provocan un impacto devastador en los padres, su familia, equipo médico tratante y en la sociedad, esto sin mencionar sus implicaciones médico legales, es por ello que el identificar precozmente los fetos expuestos a la injuria hipóxica, a través de una adecuada interpretación de los elementos clínicos y/o por complementarios tales como el monitoreo fetal electrónico intraparto, entre otros, tiene un alto valor con el fin no solo de detectar el problema sino además de tomar las medidas necesarias que nos permitan corregirlo (6). Pues una vez que el embarazo es diagnosticado, una de las demandas primordiales que hacen los padres al equipo médico tratante es el de

obtener un producto de la gestación estructural y funcionalmente intacto, y, con los avances que ha alcanzado la medicina fetal y perinatal en la prevención y diagnóstico precoz de patologías que afectan el binomio madre-hijo, se ha logrado transmitir una mayor tranquilidad de la indemnidad fetal a medida que evoluciona el embarazo.

La respuesta adaptativa inicial frente a una disminución del contenido de oxígeno o un aumento del anhídrido carbónico en la sangre arterial que perfunde los quimiorreceptores centrales, es el desarrollo de una taquicardia refleja secundaria a la liberación de catecolaminas originadas por la estimulación del sistema nervioso simpático y/o de las glándulas suprarrenales. Es por medio de esta taquicardia que el feto logra aumentar su gasto cardíaco permitiendo con ello un mayor aporte de oxígeno a los tejidos.

Por el contrario, una manera menos efectiva de mantener una adecuada perfusión, es la obtenida también en forma refleja (parasimpático) por medio de la disminución del cronotropismo y del aumento del inotropismo cardíaco fetal. Es entonces que a medida que se intensifica el estrés hipóxico se desarrolla el patrón de redistribución circulatoria, respuesta también conocida como "centralización circulatoria" o "redistribución de flujo cerebral", la que privilegia por medio de un aumento del flujo sanguíneo el músculo miocárdico, el SNC y las glándulas suprarrenales, con reducción de la perfusión a otros tejidos como son: hígado, riñón, aparato digestivo, músculos y piel. Los fenómenos finales que ocurren durante la asfixia y la acidosis consisten en hipotensión e insuficiencia cardíaca (claudicación miocárdica) que trae consigo un claro descenso del

gasto cardíaco con la consecuente disminución de la perfusión a órganos vitales. Es así que el flujo sanguíneo cerebral, que inicialmente se mantiene e incluso mejora, particularmente en la región caudal, finalmente se ve afectado y se extingue

Durante el parto vaginal normal, el feto reacciona con una gran liberación de catecolaminas, incluso frente a un estímulo menor, pero si el feto es sometido a un insulto hipóxico relevante tiene una respuesta global endocrina-metabólica, con liberación de otras sustancias hormonales y vaso activas como: vasopresina, adenina, adenosina, endotelinas, metabolitos de prostaglandinas y prostacilinas. Esta respuesta a la asfixia perinatal es momentánea ya que el glucólisis anaeróbico lleva consigo al aumento del anhídrido carbono con acumulación de ácido láctico lo que conduce a una mayor acidosis; con formación de aminoácidos excitadores en concentraciones que puedan llegar a ser neurotóxicas: la descomposición de los fosfatos incrementa los niveles de hipoxantina; se liberan radicales libres de oxígeno; los iones de potasio intracelulares pasan al espacio extracelular y los iones de calcio se acumulan en el citosol neuronal dando lugar al llamado edema citotóxico con la consecuente muerte celular. De todo ello puede decirse que estaremos frente a la magnitud del problema ya que la oxigenación del feto exige el suministro adecuado de sangre materna a la placenta, una placenta que funcione adecuadamente y una vena umbilical permeable en el cordón umbilical. Las contracciones uterinas durante el trabajo de parto pueden disminuir o detener completamente la circulación de sangre materna hacia el feto, comprometiendo así el bienestar fetal. La mayoría de los fetos tienen una

reserva suficiente de oxígeno para soportar la reducción en el aporte de oxígeno, pero en una cantidad limitada de casos, la falta de oxígeno deriva en sufrimiento fetal. La compresión del cordón umbilical durante el trabajo de parto también puede ser causa de sufrimiento fetal.

Varios factores de riesgo prenatales e intraparto se han asociado al desarrollo de encefalopatía neonatal, parálisis cerebral o incluso, muerte perinatal. Sin embargo, el monitoreo del bienestar fetal no ha mejorado demasiado durante las últimas décadas y las intervenciones que se utilizan en la actualidad en los países en vías de desarrollo no son muy distintas de aquellas que se usaban muchos años atrás.

Dentro de las causas que pueden provocar sufrimiento fetal agudo o crónico, tenemos aquellas que determinan una disminución del aporte de sangre al útero en cantidad y calidad, como por ejemplo en el caso de las pacientes con pre eclampsia, en las que se produce disminución de la llegada de sangre al útero, en las pacientes diabéticas o hipertensas, como así también en mujeres con anemia o con problemas pulmonares que provocan falta de oxígeno en la sangre (7).

Otra causa que puede determinar una reducción del flujo de sangre materna a la placenta es cuando la paciente se coloca en decúbito dorsal, por las modificaciones de posición y forma que sufre el útero en los últimos meses de embarazo y que durante la contracción pueden provocar la compresión de la aorta y/o las arterias ilíacas contra la columna vertebral (Efecto Poseiro). Este efecto se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina,

y se puede suprimir de forma instantánea colocando a la paciente en decúbito lateral.

La interpretación de los trazados de la FCF en el MFE para establecer normalidad o no, se basa en tres parámetros fundamentales: variabilidad latido a latido, FCF basal y FCF periódica. Variabilidad latido ha latido. La variabilidad de la FCF es un indicador de la integridad del sistema nervioso central y entre sus características se encuentran las diferencias entre intervalos sucesivos en forma de deflexiones mínimas (variabilidad a corto plazo) y las fluctuaciones durante muchos segundos, con la amplitud y frecuencia como elementos característicos (variabilidad a largo plazo) (Schiffrin, 1989). La variabilidad a corto plazo se superpone a la de largo plazo y su interpretación adecuada es difícil a simple vista. Por tanto, la variabilidad a largo plazo es la que tiene aplicación clínica y es el reflejo de la acción conjunta del simpático, que incrementa la frecuencia cardíaca, y del parasimpático, que la retorna a su nivel basal. Se considera que la variabilidad es normal si la amplitud en torno a la línea basal se encuentra entre 5 y 25 latidos, aunque otros autores aceptan como normales límites de 5 a 15 latidos por minuto (lpm). La frecuencia de las variaciones a largo plazo (oscilaciones) suele ser de 2 a 6 ciclos/min (van Gijón et al, 1997). Aparte de la hipoxia, existe una serie de factores que pueden alterar la variabilidad de la FCF y que se señalan en la tabla 39-1. La variabilidad se debe valorar como un parámetro del ritmo cardíaco fetal e interpretarse en conjunto con la FCF basal y la periódica. Los factores que deprimen la función cerebral o la contractilidad miocárdica fetal suprimen la variabilidad

de la FCF, por lo que una frecuencia basal plana (variabilidad de 0 a 2 lpm) representa uno de los patrones más ominosos de muerte fetal por hipoxia y acidosis prolongada (Feinberg and Krebs, 1989). La respuesta inicial a la hipoxia fetal es la de un incremento de la variabilidad (patrón saltatorio), si esta persiste ocurre una pérdida de la misma y, cuando se acompaña de patrones de desaceleraciones variables o tardías, existe un alto riesgo de que se produzca hipoxia fetal, acidosis y puntuaciones bajas de Apgar a los cinco minutos (Smith et al, 1987). FCF basal. Es la frecuencia cardíaca antes del parto y la que se presenta entre contracciones. Esta disminuye en la medida que el feto se acerca al término a razón de 1 lpm por semana a partir de la semana 16 de gestación, para situarse en el tercer trimestre entre 120 y 160 lpm. (Pillai and Janes, 1990). La FCF es el resultado de un balance tónico entre la influencia aceleradora del sistema simpático y la desaceleradora del parasimpático, que actúan estimulando los quimiorreceptores arteriales aórticos y carotídeos que son sensibles a la hipoxia y a la hipercapnia. En casos de disminución severa y prolongada de la oxigenación fetal se elevan los niveles de lactato sanguíneo y se produce una acidemia que induce una bradicardia severa por efecto directo sobre el miocardio.

Monitoreo Electrónico Fetal (MEF)

El MEF permite el registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y de la actividad uterina. La visualización de las contracciones uterinas es indispensable para el análisis de las anomalías de la actividad uterina misma y para las de la FCF, en particular de los descensos de la velocidad o desaceleraciones (8).

La FCF es obtenida por vía externa transabdominal gracias al método de ultrasonido Doppler, o por vía interna con la ayuda de un electrodo situado - después de la rotura de las membranas - sobre la presentación fetal, siendo la señal el ECG fetal (9). El método Doppler es el más utilizado, sin embargo, el ECG fetal da un trazado de mejor calidad que el Doppler, el cual tiende a exagerar la variabilidad de la FCF (10). La pérdida de la señal es más frecuente con el Doppler transabdominal (11). Con ambas técnicas - pero sobre todo con el ultrasonido - es posible captar el pulso materno en caso de muerte fetal, lo que expone a errores graves de interpretación. (9). A pesar de lo expuesto, el MEF obtiene datos importantes y, en dos situaciones concretas, aporta una útil información sobre el estado del feto: el patrón reactivo normal identifica a un feto no afectado por los eventos del parto; y el patrón preterminal, con pérdida total de reactividad y de variabilidad, identifica a un feto que no puede responder (12) Para una adecuada interpretación del MEF es necesario conocer los criterios que permiten describir y estudiar la FCF. Fuentes principales utilizadas FIGO 1987, NICHD 1997, RCOG 2001, SGO 2002, ANAES 2002, ACOG 2005, NICHD 2006; identifican cuatro criterios: la FCF basal, la variabilidad, las aceleraciones y las desaceleraciones (8)

Resultados Neonatales

La puntuación de APGAR descrita por primera vez por Virginia Apgar es un criterio tradicional universal y simple para evaluar el bienestar del niño al momento de nacer, reflejando la capacidad del neonato, para responder la

Stress que implica el trabajo de parto, mediando las funciones necesarias para mantenerse vivo mediante cinco categorías: color, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular y reflejo de irritabilidad.

La evaluación hecha al minuto de vida, es un índice de asfixia y la necesidad de una ventilación asistida, la puntuación a los cinco minutos es un parámetro de relación con la posibilidad de fallecimiento o de lesión neurológica residual.

Entre los factores que modifican el APGAR se encuentran: (13)

- El peso al nacer.
- Edad gestacional.
- Tipo de parto y presentación.
- Patología en el embarazo.
- Traumatismo en el parto.

El test del APGAR se interpreta de la siguiente manera:

- Asfixia severa 0-1-2
- Asfixia moderada 3-4
- Asfixia leve 5-6-7
- Normal 8-9-10

Tratamiento según puntaje de APGAR.

Efectuar reanimación según puntaje de Apgar, de la siguiente manera:

a. Apgar de 7- 10 (90%) no hay asfixia:

- i. Succionar boca, orofaringe y nariz.
- ii. Secar y colocar bajo calor.
- iii. Evaluar por 5 minutos para asegurar que no ocurra hipoventilación.
- iv. Mantener la temperatura corporal.

- v. Evitar maniobras invasoras durante el período inicial de estabilización (primeros cinco minutos)
- vi. Para aspiración es mejor la pera de succión que la trampa de Lee, porque hay riesgo de estimulación vagal que causa arritmias.
- vii. La aspiración gástrica debe ser hecha después de 5 minutos de vida, cuando el recién nacido es más estable y tolerará el pasaje de la sonda nasogástrica.

b. Apgar de 5- 6 Depresión Leve (13)

Signos Clínicos:

Cianosis.

Flacidez.

Movimientos respiratorios irregulares.

Buena frecuencia cardiaca e irritabilidad.

c. Apgar de 3- 4 asfixia moderada (13)

Signos Clínicos:

- Cianosis.

- Flacidez.

- Movimientos respiratorios irregulares.

- Buena frecuencia cardiaca e irritabilidad.

- Secar, envolver en campo estéril, colocar bajo calor radiante.

- Aspiración de orofaringe y nasal.

- Cabeza ligeramente hiperextendida y dirigida hacia el reanimador que está sobre su cabeza.

- Un ayudante, realiza simultáneamente la auscultación cardiaca y marca los latidos con movimientos de la mano.

- Se estimula y da oxígeno
- Si la frecuencia cardíaca cae por debajo de 100 por minuto a pesar de la estimulación y oxígeno facial, debe iniciarse la ventilación con ambú.
- Inicialmente debería usarse presiones inspiratorias de 20 a 25 cm. De H₂O y una frecuencia de 30 respiraciones por minuto, pero a una mayor presión puede ser requerida para abrir los alvéolos colapsados, si no responde a los 2 minutos tratar como asfixia grave.

d. Apgar de 0- 3 Depresión severa (13)

Signos Clínicos:

- Cianosis
- Flacidez
- Frecuencia cardíaca lenta o ausente.
- Palidez.
- Irritabilidad refleja ausente.
- Raramente dará búsqueda espontánea.
- Aspirar tráquea.
- Secar, envolver en campo estéril, colocar bajo calor ardiente.
- Cabeza ligeramente hiperextendida y dirigida hacia el reanimador que ésta sobre la cabeza.
- Colocar cánula orotraqueal, dar oxígeno a presión positiva intermitente con una frecuencia cardíaca de 40 a 50 por minutos y presión de 20cc.De H₂O o mayor según sea el caso, si la hay retirar

el tubo, trasladar inmediatamente al recién nacido a cuidados intensivos.

La cardiotocografía estimulada o test de la estimulación sónica.

Puede evaluarse como:

Positiva:

- a) Intensa: taquicardia fetal pos estímulo con amplitud ≥ 20 latidos y duración ≥ 3 minutos.
- b) Moderada: taquicardia fetal pos estímulo con amplitud ≤ 20 latidos y duración ≤ 3 minutos.

Negativa:

- a) Ausencia de respuesta.

Modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal producidas por las contracciones, se han identificado 3 tipos de caídas transitorias denominadas DIPS:

- Tipo I o desaceleraciones tempranas.
- Tipo II o desaceleraciones tardías y
- Tipo III o desaceleraciones variables

1) Apgar:

Índice que mide el grado de depresión respiratoria neonatal en base a cinco parámetros.

- Depresión leve: índice de Apgar entre 7 y 9
- Depresión moderada: índice de Apgar entre 4 y 6
- Depresión severa: índice de Apgar entre 1 y 3
- Normal: índice de Apgar 10

2) Edad materna:

Se refiere a la edad cronológica que tiene la gestante desde su nacimiento hasta el momento del parto y se clasifica:

- Gestante Adolescente:
Mujer que gesta con una edad igual o menor de 19 años cumplidos
- Gestante adulta:
Mujer que gesta con una edad mayor de 19 años y menor de 35 años
- Gestante añosa:
Mujer que gesta con una edad mayor o igual de 35 años

3) Paridad:

Estado de una mujer con respecto a los descendientes viables que le han nacido

- Nulípara: Mujer que nunca ha tenido un parto,
- Multípara: Mujer que ha tenido por lo menos un parto independiente de las gestaciones
- Gran multípara: Mujer que ha tenido 5 o más partos, independiente de las gestación.

Líquido amniótico producido por el amnios en el periodo inicial de la gestación y después por los pulmones y los riñones.

- Volumen de líquido amniótico:
Se considera que a la semana 38 el volumen alcanza unos 1000 ml para descender a 800 ml a la semana 40

- Oligohidramnios: Disminución en la cantidad de líquido amniótico, la cual es inferior a 400 ml.
- Polihidramnios: Aumento en la cantidad de líquido amniótico, usualmente mayor a 2000 ml
- Líquido amniótico meconial: Es la tinción del líquido amniótico con meconio, la cual puede variar desde verde claro al oscuro.

4) Edad gestacional.

- A termino: fluctúa entre la semana 37 a 41, que es el tiempo normal de la gestación.
- Pre termino: es menor a 37 semanas de gestación
- Post termino: cuando es mayor o igual de 42 semanas de gesta

2.3. Definición de términos básicos

cardiotocografía basal o no estresada se pueden clasificar como:

Reactiva. - Presencia de dos o más ascensos de la frecuencia cardíaca fetal asociados a movimientos fetales en un período máximo de 20 minutos.

No reactiva. - Uno o ningún ascenso de la frecuencia cardíaca fetal.

Insatisfactoria. - La nitidez del registro no permite calificar la prueba, caso en que debe prolongarse el tiempo de la misma

Apgar. - Índice que mide el grado de depresión respiratoria neonatal en base a cinco parámetros.

Distress fetal o Sufrimiento fetal agudo. El sufrimiento fetal agudo (SFA), o diestrés fetal, es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que

es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.

Valor predictivo positivo (PV+): probabilidad de tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es positivo.

CAPITULO III

ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis:

3.1.1. Hipótesis Alternativa

Existe relación del valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de Distress fetal en Gestantes en trabajo de parto Hospital Cesar Garayar García 2016.

3.1.2. Hipótesis Nula

No Existe relación del valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de Distress fetal en Gestantes en trabajo de parto Hospital Cesar Garayar García 2016.

Hipótesis específicas

- La sensibilidad del Monitoreo Electrónico Fetal en el Distress fetal es mayor o igual al 90%
- La especificidad del Monitoreo Electrónico Fetal en el Distress fetal es mayor o igual al 90%
- El Valor Predictivo positivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el Distress fetal es mayor o igual al 90%
- El Valor predictivo negativo del Monitoreo Electrónico Fetal en la Distress fetal es mayor o igual al 90%

3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores

3.2.1. Variable Independiente:

Monitoreo electrónico fetal

Indicadores:

Prueba de bienestar fetal:

Test no estresante:

- Reactivo.

- No reactivo:

a) FCF basal fuera de los rangos de normalidad (110-160 lpm).

b) Ausencia de aceleraciones durante más de 45 minutos.

c) Disminución o ausencia de la variabilidad.

d) Presencia de desaceleraciones.

e) Bradicardia.

3.2.2. Variable Dependiente:

Distres neonatal

Indicadores:

Apgar:

Diagnóstico predictivo.

Indicación de vía del parto.

CAPITULO IV

MARCO METODOLÓGICO

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.

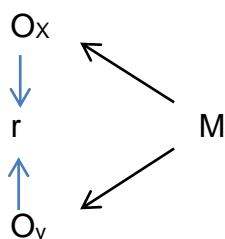
4.2. Tipo de Investigación.

El tipo de investigación fue observacional retrospectivo, transversal, bivariado

4.3. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue observacional, relacional, bivariado.

Esquema:



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

La población estará conformada por las 90 pacientes con embarazos a término quienes se atienden en el Servicio Gineco Obstetricia del Hospital César Garayar García de junio a octubre del 2016.

4.4.3. Selección de la muestra

Fueron 59 historias clínicas de neonatos con Distress neonatal que hacen el 65.5% de la población seleccionada por criterio.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	90
Error Alfa	A	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	59

4.5. Tipo de muestreo

Probabilístico por criterio.

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”.

4.6.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica:

Para la recolección de los datos de investigación se utilizó el análisis documental para lo cual se elaboró la ficha de recolección datos que sirvió para recopilar toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados.

Instrumento: Ficha de recolección de datos.

Validez del instrumento

JUECES	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA	CALIFICACIÓN CUALITATIVA
Lucila Vásquez Chong	20	MUY BUENO
Erika Trigozo Barbaran	20	MUY BUENO
Sarita Torres Lima	20	MUY BUENO
Betty Monzón Mariscal de Villacorta	20	MUY BUENO
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 inferencial analítica del Chi cuadrado de Pearson y el índice de correlación Kappa de Kohen. 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

CAPÍTULO V

V. RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla N° 1. Medidas de tendencia central de la edad de las mujeres gestantes

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García

junio - octubre 2016

Edad de mujeres gestantes evaluadas	
Media	26
Mediana	24
Moda	17
Mínimo	15
Máximo	41

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observan las medidas de tendencia central de 59 mujeres gestantes, de los cuales el valor que se obtiene sumando las edades y dividiéndolos por el número total de mujeres gestantes es 26 años (media), el percentil 50 % de las edades es 24 años (mediana) y la edad más frecuente entre ellas es 17 años (moda). También la tabla muestra que la edad mínima es de 15 años y la máxima de 41 años.

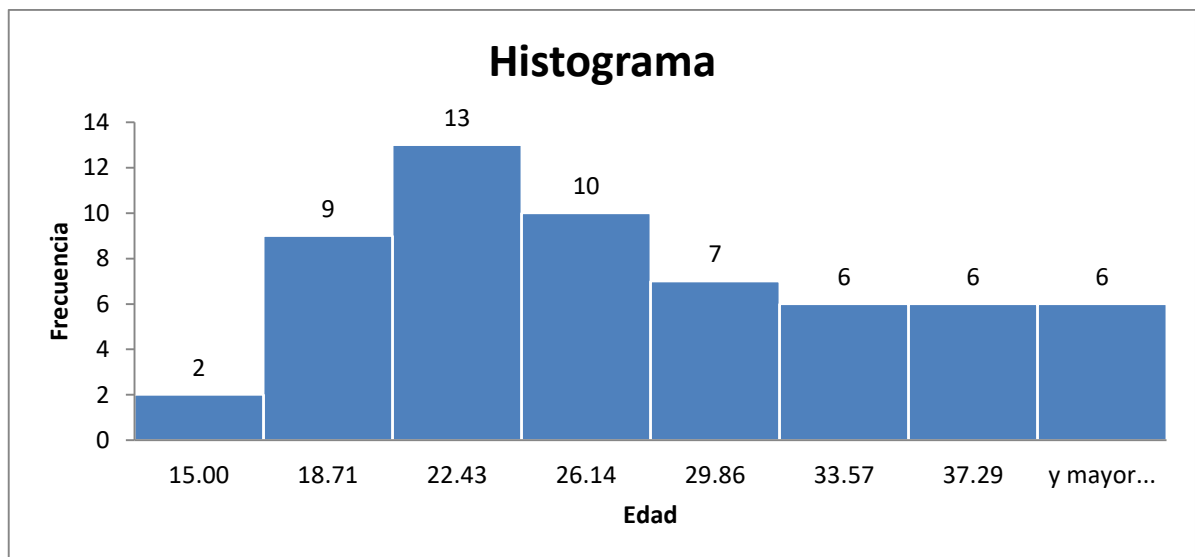


Figura N° 1. Edades de las mujeres gestantes

Tabla N° 2. Tipo de paridad.

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García

junio - octubre 2016

Paridad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Múltipara	35	59.3
Primípara	18	30.5
G. Múltipara	6	10.2
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el tipo de paridad de mujeres gestantes en trabajo de parto, el 59.3% (35 casos) son múltiparas; y el 30.5% (18 casos) son primíparas; y el 10.2% (6 casos) son gran múltiparas.

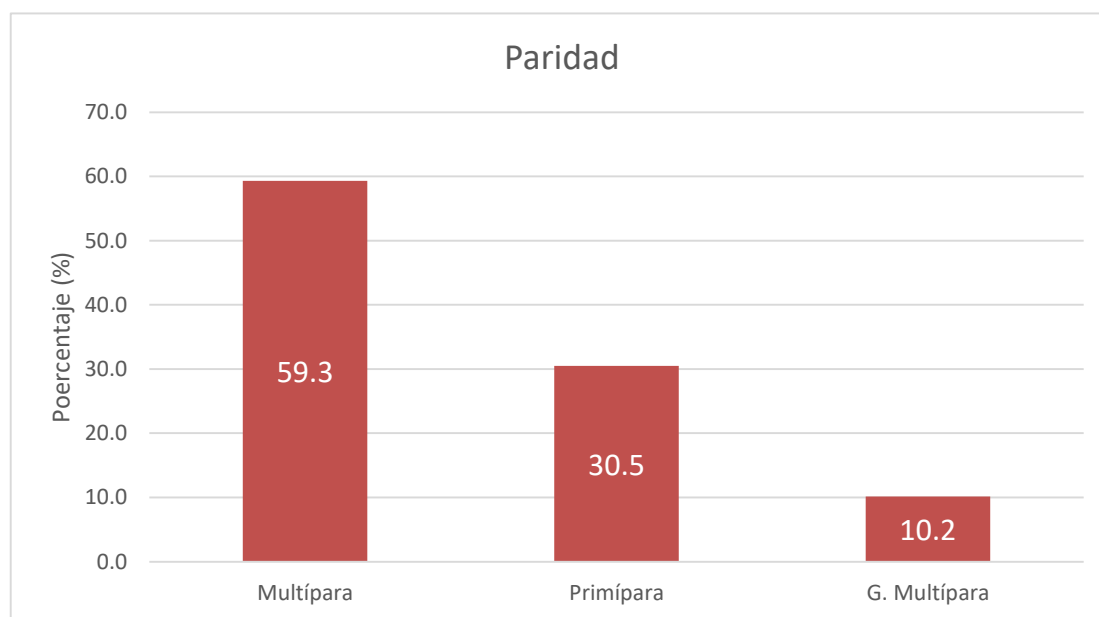


Figura N° 2. El tipo de paridad de las mujeres gestantes

Tabla N° 3. Edad Gestacional en Semanas

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García

junio - octubre 2016

Edad Gestacional en Semanas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
37 - 42 ss	43	72.9
<37 ss	16	27.1
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa la edad gestacional de mujeres en trabajo de parto, en la que se tiene que: el 72.9% (43 casos) tienen entre 37 – 42 ss; y el 27.1% (16 casos) tienen menos de 37 ss.

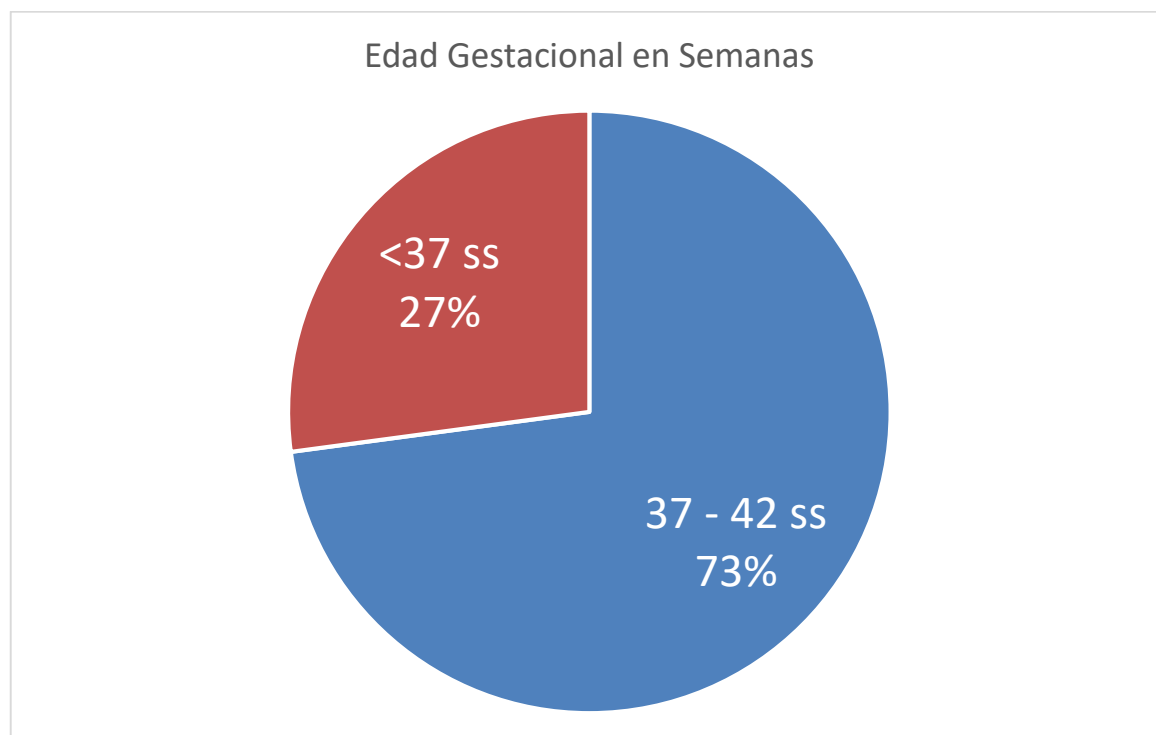


Figura N° 3 Edad Gestacional en Semanas

Tabla N° 4. Diestress fetal

*Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García**junio - octubre 2016*

Diestress Fetal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
SI	41	69.5
NO	18	30.5
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el diestress fetal en mujeres en trabajo de parto, en la que se tiene que: el 69.5% (41 casos) si presentaron diestress fetal; y el 30.5% (18 casos) no presentaron diestress fetal.

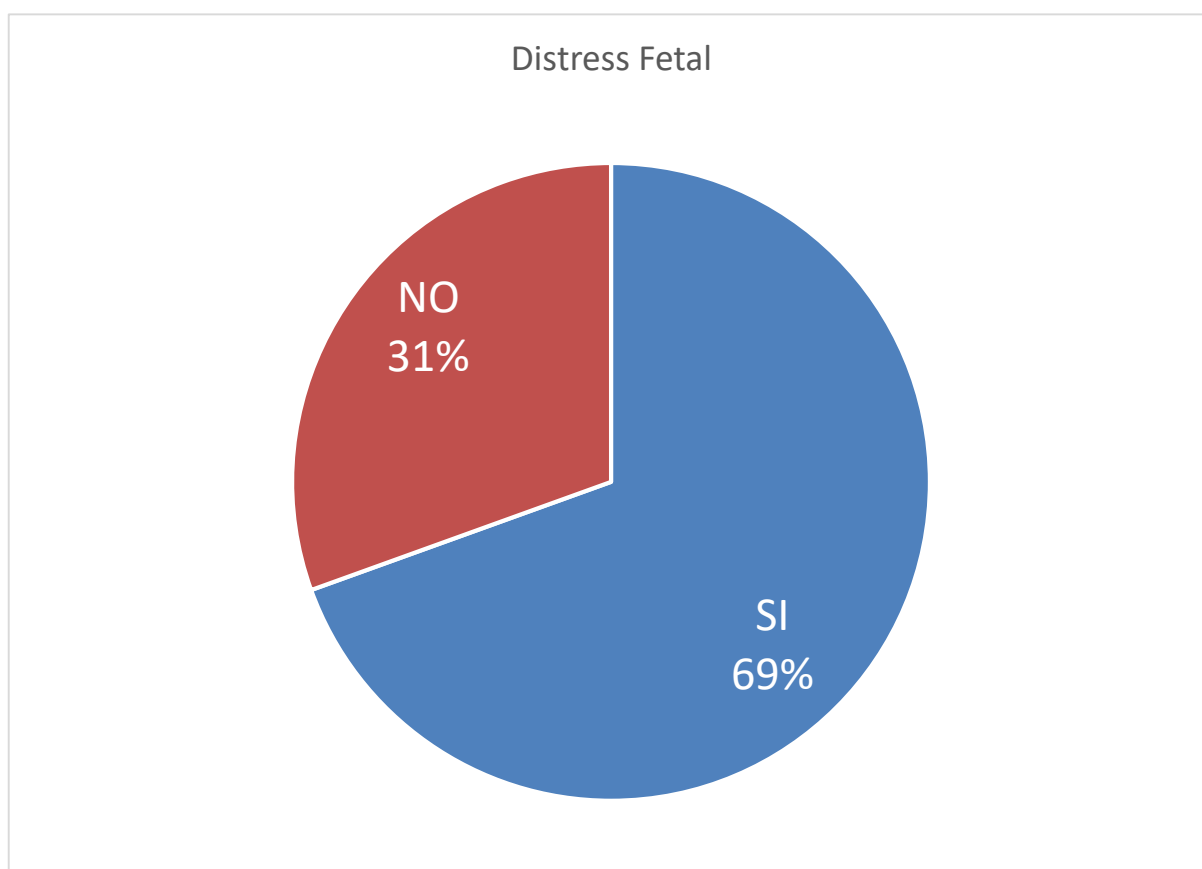


Figura N° 4. Diestress fetal

Tabla N° 5. Sufrimiento Fetal agudo

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García

junio - octubre 2016

Sufrimiento Fetal agudo	Frecuencia	Porcentaje
NO	32	54.2
SI	27	45.8
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V22

Interpretación: En la presente tabla se observa el sufrimiento fetal agudo en mujeres en trabajo de parto, en la que se tiene que: el 54.2% (32 casos) no presentaron sufrimiento fetal agudo; y el 45.8% (27 casos) si presentaron sufrimiento fetal agudo.

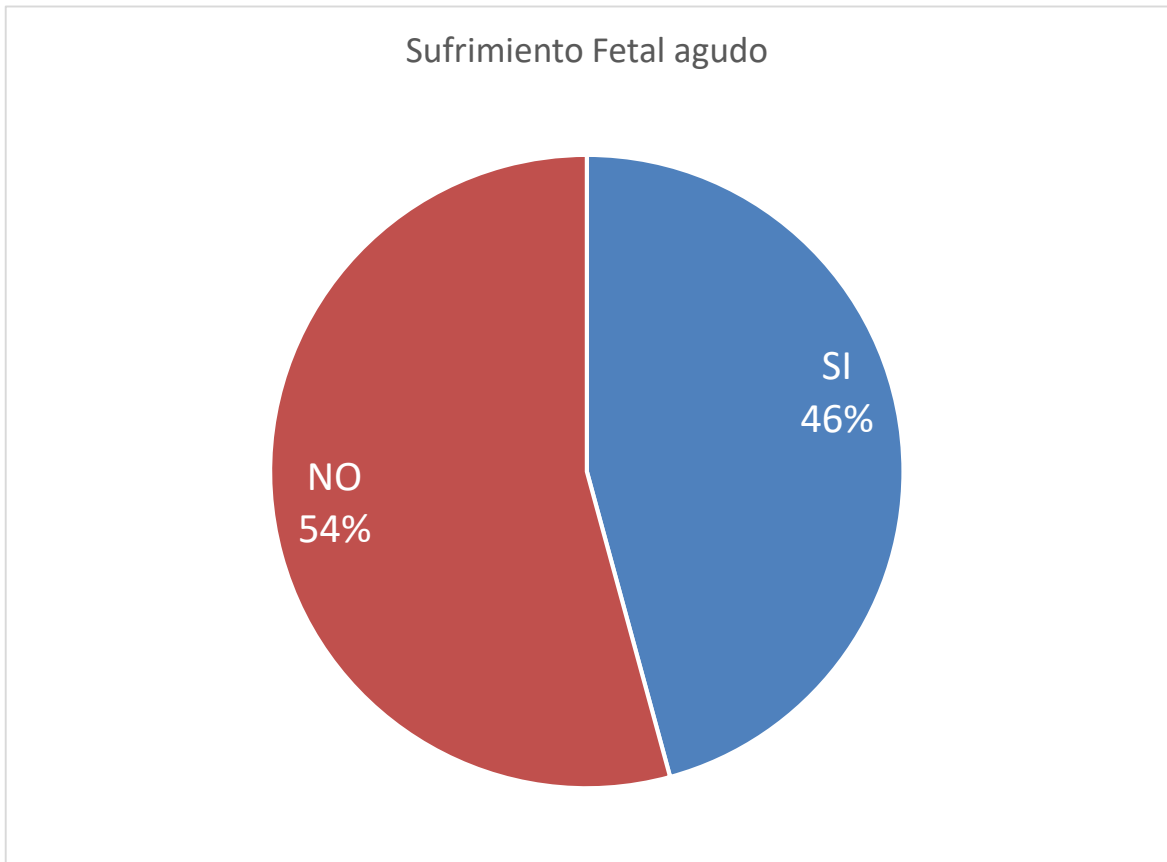


Figura N° 5. Sufrimiento Fetal agudo

Tabla N° 6. Sufrimiento Fetal crónico

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García

junio - octubre 2016

Sufrimiento Fetal crónico	Frecuencia	Porcentaje
NO	45	76.3
SI	14	23.7
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el sufrimiento fetal crónico en mujeres en trabajo de parto, en la que se tiene que: el 76.3% (45 casos) no presentaron sufrimiento fetal crónico; y el 23.7% (14 casos) si presentaron sufrimiento fetal crónico.

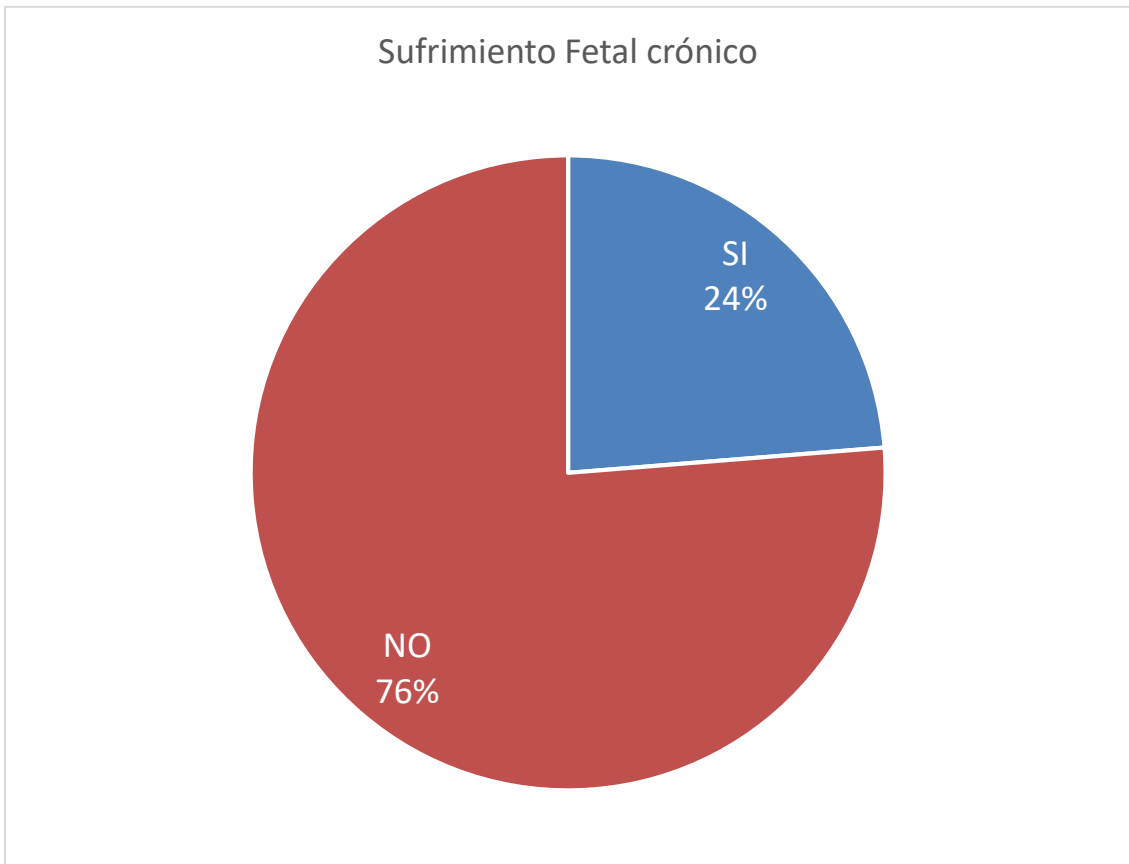


Figura N° 6. Sufrimiento Fetal crónico

Tabla N° 7. Parto vaginal

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García

junio - octubre 2016

Parto vaginal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
SI	33	55.9
NO	26	44.1
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el parto vaginal de mujeres atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García, en la que se tiene que: el 55.9% (33 casos) si tuvieron parto vaginal; y el 44.1% (26 casos) no tuvieron parto vaginal.

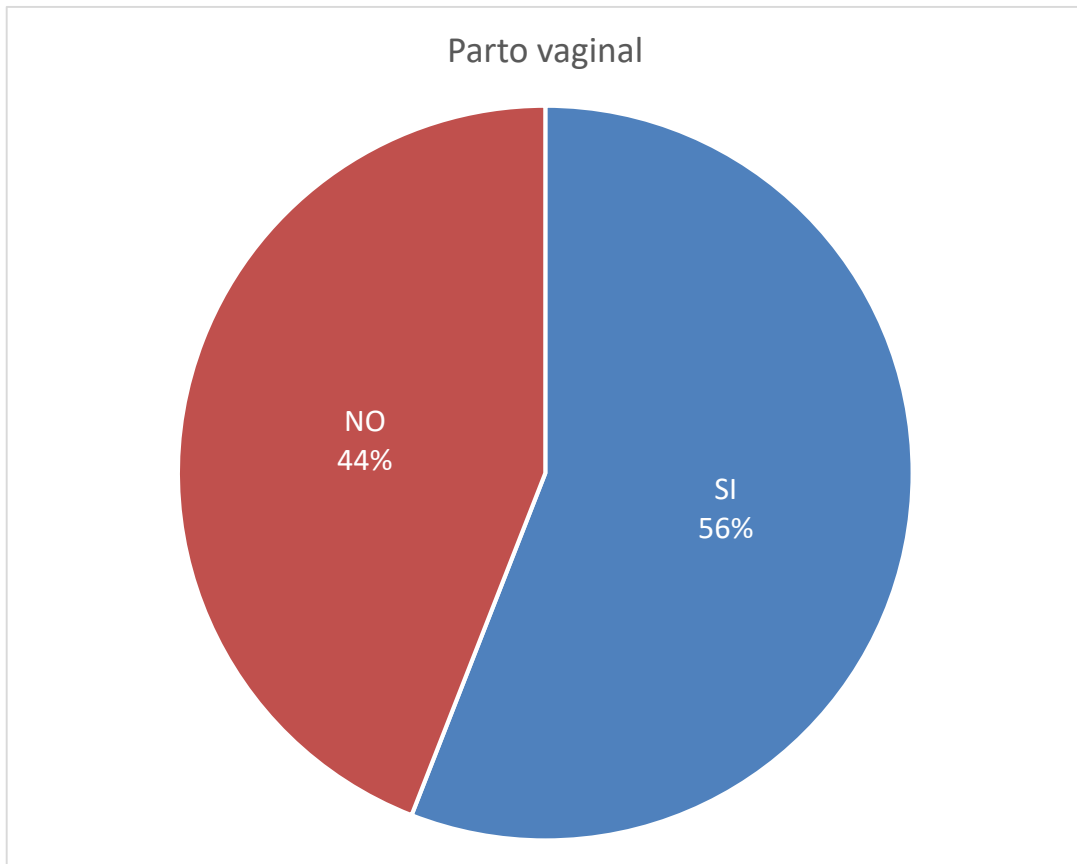


Figura N° 7. Parto vaginal.

Tabla N° 8. Parto Cesárea

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García

junio - octubre 2016

Parto Cesárea	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
NO	33	55.9
SI	26	44.1
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el parto cesárea de mujeres atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García, en la que se tiene que: el 55.9% (33 casos) no tuvieron parto cesárea; y el 44.1% (26 casos) si tuvieron parto cesárea.

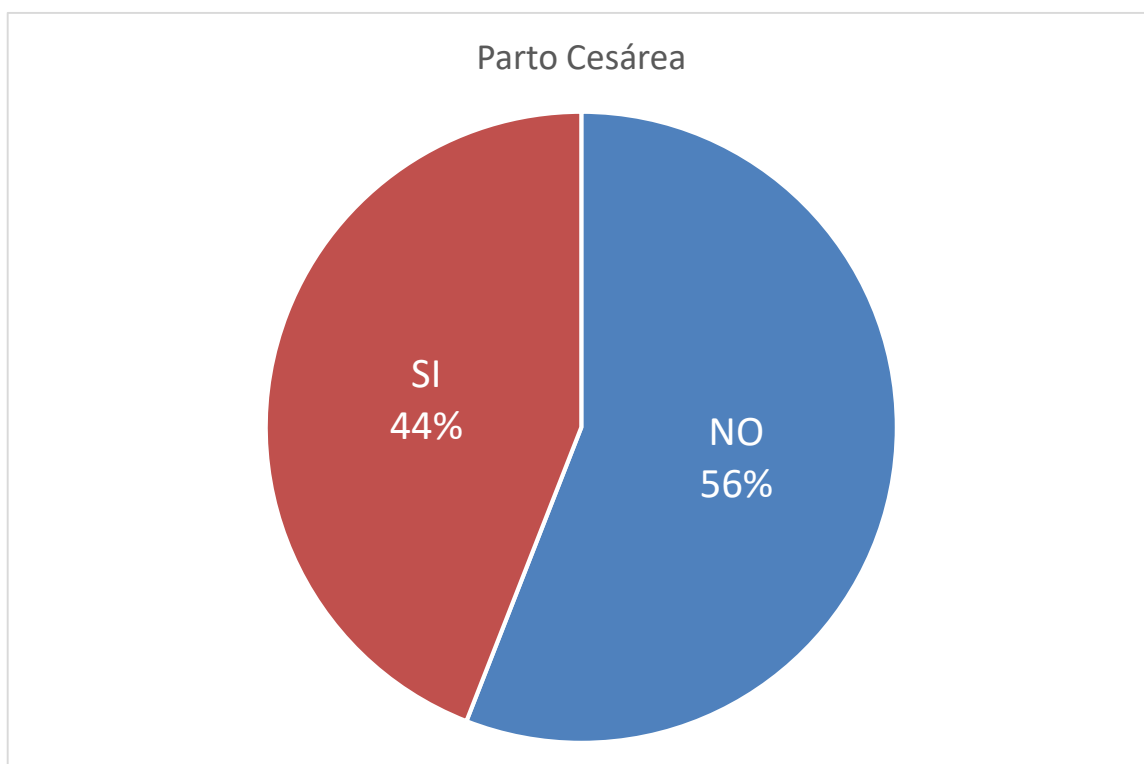


Figura N° 8. Parto Cesárea

Tabla N° 9. Resultados del test de Apgar

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García

junio - octubre 2016

Resultados del Apgar	Frecuencia	Porcentaje
Leve (<3 al minuto y >7 a los 5 minutos)	27	45.8
Normal (7-10)	18	30.5
Moderado (3 y 5 a los 5 minutos)	11	18.6
Grave (<3 a los 5 minutos)	3	5.1
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado del test de Apgar realizado neo natos, en la que se tiene que: el 45.8% (27 casos) tuvieron resultados leves (<3 al minuto y >7 a los 5 minutos); el 30.5% (18 casos) tuvieron resultados Normal (7-10); el 18.6% (11 casos) Moderado (3 y 5 a los 5 minutos); y el 5.1% (3 casos) tuvieron resultados graves (<3 a los 5 minutos).

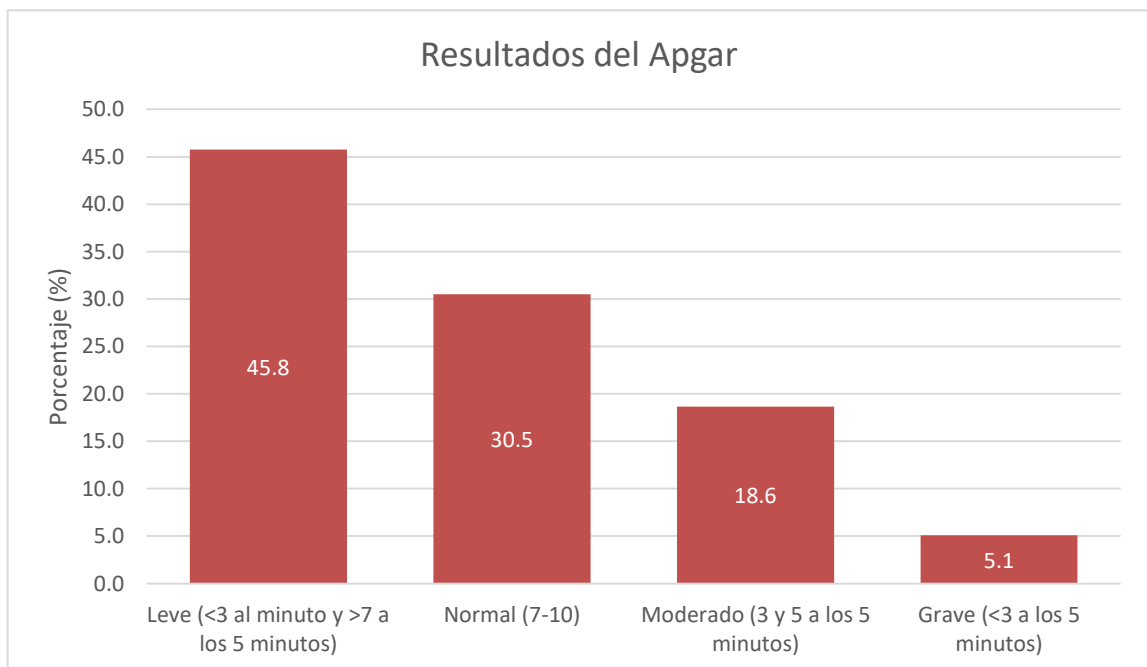


Figura N° 9. Resultados del test de Apgar

Tabla N° 10. Resultados del test de Apgar (dicotomizado)

*Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García**junio - octubre 2016*

Resultados del Apgar (dicotomizado)	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Malo (0 - 6)	41	69.50
Bueno (7 - 10)	18	30.10
Total	59	100.0

Fuente: Base de datos SPSS V 22

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado del test de Apgar (dicotomizado) realizado neo natos, en la que se tiene que: el 69.50% (41 casos) tuvieron resultados malo (0 - 6); y el 30.10% (18 casos) tuvieron resultados Buenos o Normales (7-10).

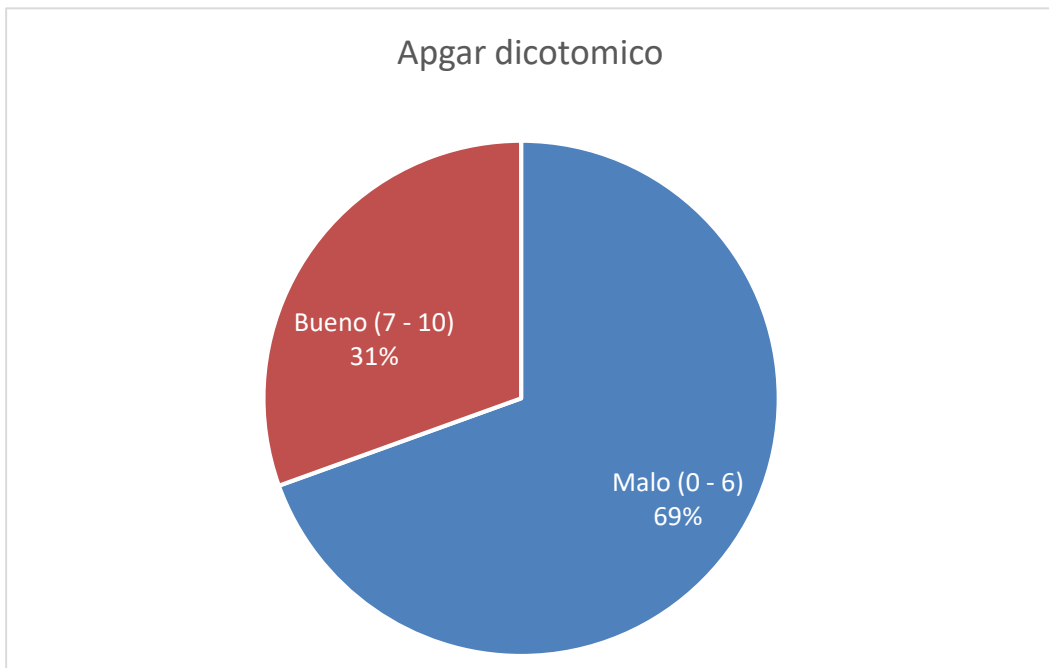


Figura N° 10. Resultados del test de Apgar (dicotomizado)

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla N° 11. Tabla de contingencia para observar la relación entre el diagnóstico de distress fetal detectado a través de monitoreo electrónico y los resultados del Test de Apgar, realizados a mujeres gestantes en trabajo de parto que fueron atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García.

Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García					junio - octubre 2016	
Distress Fetal	Resultados del Test de Apgar (dicotomizado)				Total	
	Malo (0 - 6)		Bueno (7 - 10)		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	40	67.8%	1	1.7%	41	69.5%
NO	1	1.7%	17	28.8%	18	30.5%
Total	41	69.5%	18	30.5%	59	100.0%

$Kappa = 0.920$ ($p = 0,00$)

Sensibilidad	$S=VP/(VP+FN)$	0.98	97.56%
Especificidad	$E=VN/(VN+FP)$	0.94	94.44%
Valor predictivo positivo (VPP)	$VPP=VP/(VP+FP)$	0.98	97.56%
Valor predictivo negativo (VPN)	$VPN=VN/(VN+FN)$	0.94	94.44%

Planteamiento de Hipótesis

- H₁** El valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de Distress fetal es mayor o igual al 90%
- H₀** El valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de Distress fetal es menor al 90%

Medidas simétricas

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig.	
MEdida de acuerdo	Kappa	.920	.056	7.067	.000
N de casos válidos		59			

a. No se supone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que asume la hipótesis nula.

Toma de decisión

En las mujeres gestantes en trabajo de parto que se sometieron a monitoreo fetal electrónico en el Hospital Apoyo Iquitos Cesar Garayar García de junio a octubre del 2016 y con un valor de $p = 0,00$ decimos que existe concordancia entre los resultados del monitoreo fetal electrónico y los resultados del Test de Apgar, así mismo el valor de $k = 0.920$ por lo que decimos que existe una fuerte concordancia entre los resultados del monitoreo fetal electrónico y el Test de Apgar.

Por otro lado, en cuanto a la sensibilidad (S), especificidad (E); tenemos que prevalece la hipótesis alternativa.

Así mismo, tenemos que el valor predictivo positivo (VPP) es de 97.56% y valor predictivo negativo (VPN) es 94.44%.

DISCUSIÓN

Para determinar la hipótesis específica 1, podemos afirmar que: La sensibilidad del Monitoreo Electrónico Fetal en el Distress fetal es mayor o igual al 90%.

Para determinar la hipótesis específica 2, podemos decir que: La especificidad del Monitoreo Electrónico Fetal en el Distress fetal es mayor o igual al 90%

Para determinar la hipótesis específica 3, podemos decir que: El Valor Predictivo positivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el Distress fetal es mayor o igual al 90%

Para determinar la hipótesis específica 4, podemos decir que: El Valor predictivo negativo del Monitoreo Electrónico Fetal en la Distress fetal es mayor o igual al 90%

Por último, para determinar la hipótesis general, podemos decir que: El valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de Distress fetal es mayor o igual al 90%.

Estos resultados guardan relación con los antecedentes mencionados en el presente trabajo de investigación, toda vez que en estos se mencionan la importancia y la eficacia del MEF en la mortalidad perinatal como lo demostraron Tuterá y Newman (1975), así como también, como en la detección de Distress Fetal que pueda conllevar a una cesárea como lo observaron Mann y Gallar (1969).

CONCLUSIONES

- El monitoreo electrónico fetal dio como resultado lo siguiente, la mayor cantidad, el 69.5% (41 casos) si tuvieron diagnóstico de Distress fetal, el 45.8% (27 casos) fue diagnosticado con sufrimiento fetal agudo; y el 23.7% (14 casos) fue diagnosticado con sufrimiento fetal crónico.
- Los resultados del test de Apgar, fueron: el 45.8% (27 casos) tuvieron resultados leves (<3 al minuto y >7 a los 5 minutos).
- La correlación entre las variables de Distres feta y resultados del test de Apgar fue de $K=0.920$ que indica una correlación casi perfecta.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que todas las gestantes en trabajo de parto que llegan al hospital y a centros de salud con capacidad resolutive para atención de parto deben ser monitorizadas con el monitoreo electrónico fetal.
- En el presente trabajo se demuestra la eficacia del monitoreo electrónico fetal, realizado en gestantes que fueron monitorizadas a tiempo para obtener un recién nacido en óptimas condiciones, por lo que se recomienda estandarizar este procedimiento evaluativo.
- Se sugiere que los responsables de los establecimientos de salud con capacidad resolutive de atención de parto implementen su centro obstétrico con el equipo de monitoreo electrónico fetal.

BIBLIOGRAFIA

1. PAULINA CS. 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 DE MARZO - ABRIL 2014 QUITO; 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. Zapata Moreno YE, Zurita Surichaqui NN. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en el I. M. P. marzo – mayo del 2002 Zapata Moreno YE, Zurita Surichaqui NN, editors. Lima; 2002.
4. VALDIVIA HUAMAN AK. “Eficacia del monitoreo electrónico anteparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal - Instituto Nacional Materno Perinatal - 2013” LIMA; 2013.
5. GONZALES SANCHEZ MORENO K. VALOR DEL MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO INTRAPARTO EN EL DIAGNOSTICO DEL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN EL HOSPITAL III IQUITOS DE ESSALUD, Setiembre a Octubre 2016 SAN JUAN; 2016.
6. IBARRA HERNANDEZ M, CHIO NARANJO I, HERNANDEZ DURAN D. Sufrimiento fetal agudo. Un reto. Habana; 2014.
7. Valdés Amador L. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal Chichester; 2006.
8. Robinson B,Nelsòn L. Review of the proceedings from the 2008 NICHD Workshop on Standardized Nomenclature for Cardiotocography.. Revista Obstetricia y ginecoogìa. 2005; 1(4).
9. Sundstrom A.. Fisiología Cardiotocográfica. En: Control del bienestar fetal. Primera ed. AB NM, editor. Madrid: Neoventa Medical AB; 2006.
10. Parer JT. Handbook of fetal heart rate monitoring. segunda ed. Company WS, editor. EE.UU: W Saunders Company; 1997.
11. Murray ML. Maternal or fetal heart rate? Avoiding intrapartum misidentification. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Obstetricia y Ginecología. 2004.
12. Valdés E... Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología. 2003; 68(5).

13. Autecher Mónica C. El Recien Nacido. Características físicas y fisiológicas. [Online]. [cited 2016 Noviembre 02. Available from: www.uam.es/es/personal_pdi/.des./recien_tema2.pdf.
14. Cabaniss M. Monitorización fetal electrónica: Colección de medicina materno-fetal España; 1995.
15. Carrera Macia JM. Analisis y resultados de las pruebas de bienestar fetal. Medicina Materno - Fetal España: Ergon S. A.; 1986.
16. Carrera J, Martinez T, Petracco A, Salvador C. Monitorización Fetal Ante Parto Barcelona: Salvat; 1980.
17. Supo José. BIOESTADISTICO.COM.. [Online].; 2012 [cited 2016 Noviembre 11. Available from: www.seminariosdeinvestigación.com.
18. Berkus MD. Electronic Fetal monitoring: what's reassuring. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999; 78.

ANEXOS



ANEXO 1



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Título: “Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distress neonatal en gestantes en trabajo de parto en el Hospital Cesar Garayar García de Junio a Octubre 2016”.

Objetivo: Conocer la relación de predicción del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distress neonatal en gestantes en trabajo de parto en el Hospital Cesar Garayar García de Junio a Octubre 2016”.

1. DATOS GENERALES

HC:

1.1 EDAD:

15 - 19 20 - 24 25 – 29 > 30

1.2 PARIDAD:

Nulípara (0) Primípara (1) Multípara (2 – 5) Gran
Multípara

1.3 EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS

< 37s 37 – 42 SS

2. DISTRESS NEONATAL

2.1 Sufrimiento fetal : Agudo Si No

2.2 Sufrimiento fetal Crónico Si No

3. VIAS DE PARTO

3.1 Parto vaginal: Si No

3.2 Parto por cesárea Si No

4. RESULTADOS DE APGAR:

4.1 Leve: <3 al minuto >7 a los 5 minu Si No

4.2 Moderada: Entre 3 y 5 a los 5 minutos Si No

4.3 Grave : < 3 a los 5 minutos Si No

ANEXO 2

Operacionalización de Variables **para Juicio de Expertos****TITULO: VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE DISTRES NEONATAL. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. IQUITOS-2016.**

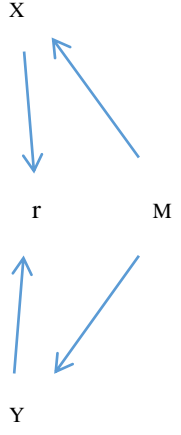
Nombre de la variable		tipo	escala	Indicadores	Categoría o valor final	Fuente	Ítem en el instrumento
Variable independiente	RESULTADO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL	Cualitativa	Nominal	1) PRUEBA DE BIENESTAR FETAL.:TEST NO ESTRESANTE	SI NO	Trazado del monitor fetal	Ficha de recolección de datos.
				- REACTIVO - NO REACTIVO			
				a) FCF basal fuera de los rangos de normalidad (110-160 lpm).		Informe ecográfico	
				b) Ausencia de aceleraciones durante más de 45 minutos. c) Disminución o ausencia de la variabilidad. d) Presencia de desaceleraciones. e) Bradicardia			
Variable Dependiente	DISTRES NEONATAL	Cualitativa	nominal	APGAR:	Sufrimiento fetal agudo	Historia Clínica	
				Diagnóstico predictivo:	Sufrimiento fetal crónico		
				Indicación de vía del parto.	Cesárea		
					Parto vaginal		
Variables intervinientes		Cuantitativa	Razón	Edad de la madre	Años	Historia Clínica	
		Cuantitativa	Razón	Edad gestacional	semanas		
		Categoría	Ordinal	Apgar del RN	<u>Leve:</u> -Apgar <3 al min y >7 a los 5 min <u>Moderada:</u> -Apgar entre 3 y 5 a los 5 minutos <u>Grave:</u> -Apgar a los 5 minutos es < 3		

OBJETIVO GENERAL: Conocer la relación de predicción del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de Distress Neonatal en el Hospital cesar Garayar Garcia.2016

Anexo 3 MATRIZ DE CONSISTENCIA

VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE DISTRES NEONATAL EN GESTANTES EN TRABAJO DE PARTO. HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA. QUITOS- 2016

PROBLEMA General y Específico	OBJETIVOS General y Específicos	HIPÓTESIS	VARIABLES y DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el Diagnostico de Distres Neonatal en Gestantes en trabajo de parto el Hospital Cesar Garayar García. Iquitos 2016?</p> <p>ESPECÍFICO</p> <p>¿Cuáles son los resultado del monitoreo Electrónico fetal en el Diagnostico de Distres Neonatal en Gestantes en trabajo de parto en el Hospital Cesar Garayar García 2016?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Conocer la relación de predicción del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de Distres Neonatal en Gestantes en trabajo de parto Hospital cesar Garayar Garcia.2016</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>- Identificar los resultados del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de Distres Neonatal en Gestantes en trabajo de parto Hospital cesar Garayar García 2016.</p>	<p>GENERAL</p> <p>H1</p> <p>Existe relación del valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de Distres fetal en Gestantes en trabajo de parto Hospital Cesar Garayar García 2016.</p> <p>Ho</p> <p>No existe relación del valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de Distres fetal en Gestantes en trabajo de parto el</p>	<p>V. INDEPENDIENTE (Vx)</p> <p>RESULTADO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL</p> <p><u>DIMENSIÓN:</u></p> <p>1) PRUEBA DE BIENESTAR FETAL.</p> <p>2) TEST NO ESTRESANTE</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Reactivo</p> <p>No reactivo</p>	<p>NIVEL Y TIPO DE INV.</p> <p>El nivel de investigación es explicativo, predictivo, relacional.</p> <p>El tipo de investigación es observacional retrospectivo, transversal, bivariado.</p> <p>MÉTODO DE INV.</p> <p>Comparativo</p> <p>DISEÑO DE INV.</p> <p>Observacional, relacional, bivariado.</p> <p>ESQUEMA:</p>	<p>POBLACIÓN: serán 90 historias clínicas de gestantes en trabajo de parto, que acuden al hospital Cesar Garayar García.</p> <p>MUESTRA: serán 59 historias clínicas de neonatos con Distres neonatal.</p> <p>MUESTREO: Probabilística.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>Técnica:</p> <p>Análisis documental: Historias clínicas.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Técnica de recolección de datos</p> <p>TECNICAS ESTADISTICAS</p> <p>Estadístico de prueba SPSS V. 21</p> <p>Kappa.</p>

<p>¿Cuáles son las características de Distress Fetal en el Hospital Cesar Garayar García 2016?</p>	<p>- Identificar los casos de Distress según el Apgar del neonato en el Hospital cesar Garayar García 2016.</p> <p>Correlacionar con el valor predictivo los resultados del monitoreo fetal electrónico en el diagnóstico de Distress Neonatal según el resultado del Apgar en el Hospital Garayar García 2016.</p>	<p>Hospital Cesar Garayar García 2016.</p>			 <p>Donde: M :es muestra X,Y: Son observaciones en cada variable r: relación.</p>	
--	---	--	--	--	---	--

Anexo 4

**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 LORETT
C.S. I. C. SAN ANTONIO DE IQUITOS

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 21 000 01832

TELEF.....

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:.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 05413068

TELEF. 965 00 0612

Anexo 6

**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 Lima
 OBSTETRA
 COR 9809

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 05285595

TELEF.....

Anexo 7

**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:.....
.....
.....


Betty V. Monzón de V.
CASIPIBZ
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 05373313
TELEF: 265679

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:.....
.....
.....


 Dra. Doris Vela Valles
 FIRMA DEL EXPERTO
 DNI: 65251829
 TELEF: 943600618

Anexo 9



HOSPITAL IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA"
COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION

CONSTANCIA Nº 031-CEI-HICGG-2017

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CEI) del **Hospital Iquitos "Cesar Garayar García"** certifica que el Proyecto de Investigación, señalado a continuación fue APROBADO, siendo catalogado como un ESTUDIO CON BAJO RIESGO, se detalla a continuación los siguientes datos del Proyecto de Tesis:

Título del Proyecto VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE DISTRES NEONATAL EN EL HOSPITAL IQUITOS "Cesar Garayar García", DE JUNIO A OCTUBRE 2016.

Consentimiento Informado : Versión 01 – 31 enero 2017

Código de Inscripción : 0031-ID-COMITÉ DE ETICA – 2017

Modalidad de Investigación : Extra Institucional

Investigador (s): Obsta. Leydi GARCIA SAAVEDRA
Investigador (s) Principal (s) - POST-GRADO-UNHEVAL
(Enrolamiento y recolección de datos – H.C.)

La APROBACION considera el cumplimiento de los estándares del Instituto Nacional de Salud, las Prioridades Regionales de Investigación, el balance riesgo/beneficio, y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier modificación, enmienda, desviaciones, la eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. Los Investigadores alcanzaran un informe final al término de este. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento (seis meses calendario) hasta el 10 de julio del 2017. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Iquitos, 09 de febrero de 2017

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

M.I. MOISES G. SIMUJINCHA MALDONADO
PRESIDENTE
COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION

E:mail:comiteeihicgg@hotmail.com

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° 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 Adenda 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 QUIÑONES 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 A TERMINO, 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	Jhuliana 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 MÁRQUEZ 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	Sheila 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Abner A. Fonseca Livias
DIRECTOR

Distribución:
Fólder personal-Interesado (7)-Archivo

Anexo 11



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 CORDOVA 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	Jhuiliana 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	Sheylna Smith 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

[Signature]

Dr. Erasmo SANTILLAN OLIVA
Director (e)

Distribución:
Folios personal-interesado (07)-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° 0943-2016-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, Leydi GARCÍA SAAVEDRA, 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, Leydi GARCÍA SAAVEDRA, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **DESIGNAR**, a los miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado: "IMPORTANCIA DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCÍA DE LA CIUDAD DE IQUITOS" a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, Leydi GARCÍA SAAVEDRA, 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 HERMILO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

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

RESOLUCIÓN N° 01279-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 25 de abril del 2017.

Vistos,

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° 0943-2016-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 14.DIC.16, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis: "IMPORTANCIA DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCÍA DE LA CIUDAD DE IQUITOS", 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 QUINONES FLORES, Accesitario;

Que, con la Resolución N° 0940-2017-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 22.MAR.17, se aprobó el Proyecto de Tesis titulado: "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", a cargo de alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, Leydi GARCÍA SAAVEDRA;

Que, con la Solicitud N° 0353350, de 24.ABRIL.17, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, Leydi GARCÍA SAAVEDRA; solicita Revisión del Informe Borrador de 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;

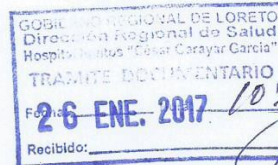
SE RESUELVE:

- 1° Designar a los Jurados Examinadores del Informe de Borrador de Tesis titulado: "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", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, Leydi GARCÍA SAAVEDRA; el mismo integrado por los siguientes docentes, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

1.1. Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
1.2. Mg. Ruth CORDOVA RUIZ	Secretaria
1.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal
1.4. Mg. Mitsi QUINONES FLORES	Accesitaria
- 2° Encargar a los docentes integrantes del Jurado Examinador del Borrador de Tesis emitir su informe dentro de los treinta días siguientes de recepcionado la presente Resolución.
- 3° Establecer que de no cumplir con lo indicado en el numeral 2° 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.
- 4° Dar a conocer la presente Resolución a los miembros del jurado y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADODr. Abner A. Fonseca Livias
DIRECTORDistribución:
Fólder personal – Jurados (01) – Interesado – Archivo

Anexo 14

“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.**

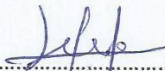
De mi mayor consideración.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitar la autorización correspondiente para la ejecución del Proyecto titulado “VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE DISTRESS NEONATAL EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA JUNIO-OCTUBRE 2016” 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. Leydi Garcia Saavedra
TESISTA
SEGUNDA ESPECIALIDAD

Anexo 15

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

MEMORANDO N° 24 -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° 031-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: **Leydi GARCIA SAAVEDRA**, 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, "**Valor Predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal con Diagnostico de Distrés Neonatal en el Hospital Iquitos "César Garayar García"**", del mes de Junio a Octubre 2016.

Atentamente,



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

MC CARLOS ALBERTO CORAL GONZALES
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. N° 030488

C.c.:

- Interesado
- OGDRRHH
- UDRRHH

Archivo
CACG//HME/ID/CACG/OCM/jgmh

Anexo 16



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° 01307-2017-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° 01279-2017-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 25.ABR.17, se designó a los miembros del Jurado Examinador del Informe de Borrador de Tesis Titulada: "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" 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 QUINONES FLORES, Accesitario;

Que, con la Solicitud N° 0353933, de fecha 26.ABR.2017, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sede Iquitos, Leydi GARCÍA SAAVEDRA, 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: "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", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sede Iquitos, Leydi GARCÍA SAAVEDRA, para el día sábado 29.ABRIL.2017, a las 12:00 horas., en el Auditorium del Hospital Regional de Loreto. Sitio 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	Secretaría
2.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal
2.4. Mg. Mitsi QUINONES 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 POSGRADODr. Abner A. Fonseca Livias
DIRECTORDistribución
Fólder personal
Jurados (05)
Interesada
Archivo

Anexo 17



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 **12:00 h.**, del día sábado **29.ABRIL.2017**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
Mg. Ruth CORDOVA RUÍZ	Secretaria
Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES	Vocal

La aspirante al Título de Especialista en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Doña, Leydi GARCÍA SAAVEDRA.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "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".

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 *12:55* horas del 29 de abril de 2017.

.....
PRESIDENTE
DNI N° *22412906*

.....
Ruth Cordova
SECRETARIA
DNI N° *22520276*

.....
Mitsi Quiñones
VOCAL
DNI N° *22475378*

Anexo 18

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres:

LEYDI GARCIA SAAVEDRA.

DNI: 01074711

Lugar y fecha de nacimiento: Nacida el 02 de julio de 1965 en el distrito de Tarapoto, Provincia de San Martín, Departamento de San Martín.

Teléfono /celular: #965013839

Correo electrónico: leygasaa@yahoo.es

ESTUDIOS:

Primaria: C.E.E.M N°620017-Distrito de Tarapoto 1973-1978.

Secundarios: Centro Educativo Santa Rosa de Tarapoto 1979-1983.

Superior: Universidad, Escuela y/o Facultad:

Universidad Nacional de San Martín de Tarapoto

Año de ingreso 1984- 1994.

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 Nacional de San Martín - Tarapoto, año: 28 de Setiembre de 1995.

Título de OBSTETRIZ, Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, año de titulación: 28 de Agosto del 1996.

OTROS ESTUDIOS:

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.

Iquitos 29 de Abril de 2017.