

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POSTGRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia

TESISTA : Lic. Obst. Choque Tapia, Rosa María

ASESORA : Mg. Castañeda Eugenio, Nancy Elizabeth

HUANUCO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la oportunidad de culminar mis estudios.

Con amor, respeto y admiración a mis padres, María y Mario, que gracias a su esfuerzo, apoyo y motivación siempre me han proporcionado todo lo que han tenido a su alcance para que yo cumpla mis objetivos.

A mis hijas, Melanie y Nathalie, por su estímulo.

AGRADECIMIENTOS

Cuando se acerca el cumplimiento de una meta, se agradece al creador por haberme dado vida para seguir adelante y tener paciencia y constancia. Se entonces posible extender tal agradecimiento a:

La ilustre Universidad “UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANUCO “HERMILIO VALDIZÁN”, por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios de especialización.

A mi asesora Mg. Castañeda Eugenio, Nancy Elizabeth, por sus orientaciones y apoyo recibido durante el desarrollo de la tesis.

A los profesores que nos orientaron durante el desarrollo de todas las actividades académicas.

A todos mis amigos que me ayudaron y compartieron buenos momentos conmigo.

A todos y cada uno de mi familia, pues he recibido mucho apoyo y aliento para continuar mi camino.

A todos mil gracias.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	VI
SUMMARY.....	VIII
INTRODUCCION.....	1
.I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Fundamentación del Problema.....	3
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. General.....	5
1.3.2. Específicos.....	5
1.4. Justificación e Importancia.....	5
II. MARCO TEORICO.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.1.1. Internacionales.....	7
2.1.2. Nacionales.....	8
2.1.3. Locales.....	11
2.2. Bases Teóricas.....	12
2.2.1. Fisiología de la Frecuencia Cardiaca Fetal.....	12
2.2.2. Origen y evolución histórica de la cardiotocografía....	12
2.2.3. Monitoreo Electrónico Fetal.....	

2.2.4. Test No Estresante	22
2.2.5. Test Estresante	25
2.2.6. Resultados Perinatales	26
2.3. Definición de términos básicos	30
III. ASPECTOS OPERACIONALES	32
3.1. Hipótesis General	32
3.2. Sistema de Variables	32
IV. MARCO METODOLOGICO	34
4.1. Dimensión espacial y temporal	34
4.2. Tipo de Investigación	34
4.3. Diseño de Investigación	34
4.4. Determinación del Universo/Población	34
4.5. Selección de la Muestra	35
4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	36
4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de datos	36
V. RESULTADOS	37
VI. DISCUSION	53
VII. CONCLUSIONES	54
VIII RECOMENDACIONES	55
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	60

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo Determinar la relación de los resultados de la Prueba no Estresante y los resultados perinatales en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna de Enero a Diciembre 2014. Es un Estudio de tipo básico y de carácter Analítico Explicativo, con diseño no experimental, retrospectivo transversal, en el cual se evaluaron los test no estresantes y los resultados perinatales de 2736 gestantes con diagnóstico de embarazo único, no trabajo de parto, y que haya culminado su parto en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el período de enero a diciembre del 2014. Se obtuvo los siguientes resultados: Los hallazgos cardiotocográficos de la prueba no estresante en gestantes atendidas en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión .ESSALUD Tacna, fueron de 2736 casos que se les realizó Prueba No Estresante, 2563 (93.7%) fueron reactivos, y 173 (6.3%) fueron no reactivos. Los resultados perinatales de las gestantes sometidas a pruebas no estresantes en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, fueron considerados edad gestacional, tipo de parto y líquido amniótico. Respecto a la edad predominante está en el grupo etareo 20-34 años con 1335 casos (48.8%), el que sigue es el grupo etareo de 35 a 49 sem. con 1329 casos (48.2%), el grupo de 10-19 se intervinieron a 72 casos (2.6%).

Al relacionar los resultados de la prueba no estresante con el color del líquido amniótico se concluye que el 93.5% de gestantes que presentaron L.A. Verdoso tuvieron un Test No estresante Reactivo, lo que da a conocer que el test no fue muy efectivo al predecir el SFA en el neonato.

Así también al relacionar los resultados de la prueba No estresante con la edad gestación se puede concluir que el 8.8% de las gestantes presentaron un Test No estresante NO reactivo y el 1.6% No reactivo con <37 semanas. Finalmente respecto a la relación entre el tipo de Parto y el test No Estresante, el 95.8% de gestantes que terminaron en un parto normal presentaron un Test No estresante Reactivo.

PALABRAS CLAVES: Test no estresante, Resultados perinatales,

SUMMARY

This study aims to determine the relationship of the results of the nonstress test and perinatal outcomes in Level III Hospital Daniel Alcides Carrion de Tacna from January to December 2014. It is a study of basic type and Explanatory analytical, with non-experimental, retrospective cross-sectional design, in which the non-stressful test and perinatal outcomes of 2736 pregnant women diagnosed with singleton pregnancy were evaluated, not labor, and he has completed its birth at the Hospital Level III Daniel Alcides Carrion de Tacna during the period from January to December 2014. The following results were obtained: The CTG findings nonstress test in pregnant women at the Level III Hospital Daniel Alcides Carrión .ESSALUD Tacna were 2736 cases who underwent No Stressful Test , 2563 (93.7 /%) were reactive, and 173 (6.3%) were not reactive. Perinatal outcomes of pregnant women under non-stress tests in the Level III Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna were considered gestational age, mode of delivery and amniotic fluid. Regarding the predominant age is in the age group 20-34 years with 1335 cases (48.8%), the following is the age group of 35-49 wk. with 1329 cases (48.2%), the 10-19 group is involved in 72 cases (2.6%).

By relating the results of the nonstress test with the color of amniotic fluid it is concluded that 93.5% of pregnant women presented the No greenish had a stressful Test Reagent, which discloses that the test was not very effective in predicting the SFA in the neonate.

And also to relate the test results not stressful with gestation age can conclude that 8.8% of pregnant women had a stressful NO Test Not reactive and non-reactive with 1.6% <37 weeks. Finally, regarding the relationship between mode of delivery and test not stressful, 95.8% of pregnant women that ended in a normal delivery showed a Test Reagent not stressful.

KEYWORDS: Test nonstrenuous perinatal outcomes

INTRODUCCION

Una de las principales causas de la Obstetricia es la prevención de la muerte materna; en los países desarrollados se ha puesto más interés en investigar los diferentes métodos de diagnóstico para el bienestar fetal. Las pruebas de bienestar fetal preparto actuales, utilizan una valoración fetal seriada sistémica, identificando a los fetos que están en peligro, permitiendo tomar medidas apropiadas para prevenir su daño irreversible o la muerte.

Estos avances en el control de la gestación han dado lugar a un mejor resultado obstétrico, hay una mejor observación y vigilancia de la salud fetal que ha contribuido a la disminución de la mortalidad perinatal. Pero, todavía persisten dificultades originadas de la difícil interpretación de las pruebas y pérdidas fetales inexplicables con controles normales, en la mayoría de los casos se manifiestan en forma aguda y sin antecedentes detectables.

La monitorización electrónica fetal fue introducida con el propósito de reducir las tasas de mortalidad perinatal y parálisis cerebral. La efectividad de esta prueba no ha sido totalmente demostrada, pues aún se presenta una baja incidencia de los resultados neonatales adversos y el grado de capacitación de los profesionales responsables que debe ser mejorada.

Por lo tanto mediante este estudio se pretende conocer la relación entre los resultados de la prueba no estresante y los resultados perinatales para

continuar validando la necesidad de la monitorización electrónica fetal para la prevención de muerte fetal o daños irreversibles.

El presente trabajo está diseñado en nueve capítulos:

CAPITULO I Planteamiento del problema, en donde se da a conocer la fundamentación del problema, así como los objetivos a lograr y la justificación e importancia del presente trabajo de investigación.

CAPITULO II Marco teórico, en este capítulo se da a conocer los antecedentes del estudio, así como sus bases teóricas y definiciones operacionales.

CAPITULO III Aspectos operacionales

CAPITULO IV Marco metodológico

CAPITULO V Resultados, se presentan los resultados de la investigación mediante tablas y gráficos estadísticos.

CAPITULO VI Discusión, como parte de la investigación mediante un análisis de la situación y resultados.

CAPITULO VII Conclusiones, después del análisis se presentan las conclusiones del presente estudio.

CAPITULO VIII Recomendaciones, basada en las conclusiones se formulan las recomendaciones.

CAPITULO IX Referencias bibliográficas, se presentan las referencias de las fuentes consultadas.

Al final se incluyen los anexos, que contienen la ficha de recolección de datos, la matriz de consistencia, el documento de autorización del establecimiento de salud y la nota biográfica.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El parto es un acontecimiento que cambia la vida y el cuidado dado a las mujeres durante el trabajo de parto tiene el potencial de afectarlas física y emocionalmente a corto y largo plazo. La asistencia y el control fetal durante el parto tienen como principal objetivo disminuir la morbimortalidad fetal, destinando sus esfuerzos al diagnóstico del sufrimiento fetal en el parto teniendo en cuenta que éste en su fase final supone la alteración del equilibrio ácido-base, que podría producir una asfixia perinatal, con el consiguiente daño neurológico posterior.

También influye de manera decisiva en el descenso de la morbimortalidad fetal las condiciones en las que el feto llega a la situación de estrés que el parto supone, la vigilancia fetal ante parto se encarga de que estas condiciones sean óptimas (14).

La vigilancia fetal es la aplicación de una serie de procedimientos y métodos tendientes a evaluar el estado de salud la enfermedad fetal y a través, de este diagnóstico disminuye la morbimortalidad perinatal, asegurar el adecuado funcionamiento de la unidad feto-placentaria y brindar seguridad a la madre sobre la calidad del producto de la gestación.

Se ha observado que en algunos casos, la valoración diagnóstica no ha concluido con los resultados perinatales, puesto que se ha observado falsos positivos, lo cual incrementa el número de cesáreas innecesarias, teniendo al final como resultado un recién nacido sano, en otros casos se mostraron diagnósticos normales de monitoreo con resultados neonatales alterados, es por este motivo que la realización del estudio contribuirá a comprobar sus beneficios.

Las ventajas y desventajas de estas pruebas son controversiales, en cualquier caso, la actitud ante la alteración de estas pruebas es de alarma. Sin embargo ante una misma situación se adopta posteriormente conductas diferentes como lo señalan diversos estudios realizados por expertos. Revisiones actuales justifican que es importante el reconocimiento de factores de riesgo para el feto y la madre, para identificar poblaciones de riesgo y aplicar de una manera justa los recursos tecnológicos de los que disponemos en el campo perinatólogo con el fin de realizar una adecuada vigilancia ante parto y adoptar las conductas y medidas más acertadas.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿DE QUE MANERA LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE SE RELACIONAN CON LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA DE ENERO A DICIEMBRE 2014?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación de los resultados de la Prueba no Estresante y los resultados perinatales en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna de Enero a Diciembre 2014.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a. Describir los hallazgos cardiotocográficos de la prueba no estresante en gestantes atendidas en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna.
- b. Describir los principales resultados perinatales de las gestantes sometidas a prueba no estresante en el el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna.
- c. Relacionar los resultados de la prueba no estresante con el tipo de parto, puntaje de Apgar, edad gestacional y líquido amniótico.

1.4. Justificación e Importancia

El presente estudio es importante desde un punto de vista teórico ya que permitió una revisión bibliográfica y recopilación de información acerca del monitoreo electrónico fetal, así también la comparación de los resultados

del presente estudio con otros realizados. Desde un punto de vista práctico y al encontrarse aun en controversia la eficacia, así como las ventajas y desventajas de la prueba no estresante y sus resultados en la actitud del profesional tratante, permitirán probar la necesidad de seguir utilizando esta prueba y considerarla de importancia en la toma de decisiones.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

THACKER SB, STROUP D, CHANG M (USA 2005) En la tesis **“Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto”**, METODOLOGIA: Recopilación y análisis de estudios clínicos controlados aleatorizados,

RESULTADOS: Nuestra búsqueda identificó 13 estudios clínicos controlados aleatorizados publicados que examinaban la eficacia y seguridad del monitoreo electrónico fetal; no se encontraron estudios sin publicar. Se excluyeron cuatro estudios clínicos que no cumplían con nuestros criterios de selección. Los nueve restantes incluyeron a 18.561 embarazadas y sus 18.695 neonatos (embarazos de alto y bajo riesgo), de siete centros clínicos de Estados Unidos, Europa y Australia. En términos generales, se observó una disminución estadísticamente significativa de las convulsiones neonatales que se asoció al uso de monitoreo electrónico fetal de rutina [riesgo relativo: 0,51; intervalo de confianza del 95%: 0,32 a 0,82]. El efecto protector contra las convulsiones neonatales fue evidente sólo en estudios con puntajes de calidad altos. No se observaron diferencias

significativas en puntajes de Apgar al primer minuto inferior a cuatro o siete, índice de ingresos a unidades de cuidados intensivos neonatales, muertes perinatales o parálisis cerebral. Se registró un incremento en los índices de nacimientos por cesárea (riesgo relativo: 1,41; intervalo de confianza del 95%: 1,23 a 1,61) y de partos vaginales instrumentados (riesgo relativo: 1,20; intervalo de confianza del 95%:1,11 a 1,30), ambos relacionados con el uso del monitoreo electrónico fetal.

CONCLUSIONES: Antes de difundir el uso de técnicas como por ejemplo, el monitoreo electrónico fetal y la ecografía de rutina, es necesario desarrollarlas y probarlas cuidadosamente en lugares acotados, por lo general centros Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto

Página 4 Copyright © John Wiley & Sons Ltd. Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. académicos. Es decir, su eficacia y seguridad debe quedar demostrada claramente antes de convertirla en práctica de rutina. La difusión generalizada de este tipo de tecnología antes de estas etapas puede originar, como se concluye de las experiencias obtenidas con el uso del monitoreo electrónico fetal, una utilización incorrecta, interpretaciones erróneas y preocupaciones innecesarias relacionadas con la mala praxis y los juicios

2.1.2. Nacionales

CUENCA E. (Perú, 2014) En la tesis **Relación entre el Test no Estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación atendidos en el Hospital Nacional Madre Niño “San Bartolomé”**. Lima 2014.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo observacional, con diseño analítico y de corte transversal, en el cual se evaluaron los test estresantes y los resultados perinatales de 90 gestantes con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación que acudieron al servicio de Unidad de Bienestar Fetal del HONADOMANI, durante el período de enero a diciembre del 2014. Los datos recolectados se procesaron con el programa estadístico SPSS v.21. Para el análisis inferencial, se utilizó el Chi-cuadrado para variables cualitativas y se calculó el OR.

RESULTADOS: El 83.3% de las gestantes tuvieron entre 20 a 34 años y 60% fueron primigestas. En cuanto a los hallazgos cardiotocográficos fueron: el 98.9% del total de la línea de base de la FCF fue normal. El 85.6% tuvo variabilidad moderada, en el 11.1% de los trazados se evidenció desaceleraciones variables y el 35.6% de trazados tuvo patrón normal. Entre los resultados perinatales encontramos que: el 75.6% tuvo un volumen del líquido amniótico normal. El 52.2% de los recién nacidos fueron de sexo femenino, el 84.4% tuvo un peso adecuado para la EG; el 95.6% tuvo un Apgar al minuto ≥ 7 puntos y según Capurro solo el

20% tuvo una edad gestacional \geq 41 semanas. El 57.7% de los embarazos culminaron en cesárea. Entre los hallazgos placentarios se observaron calcificaciones en el 11.1%. Se observó relación entre los resultados de patrón normal y los hallazgos no patológicos en la placenta ($p=0.02$, OR= 0.101), asimismo se observa relación entre los resultados del test estresante con patrón de estrés fetal y el puntaje apgar de 4-6 minutos ($p=0.041$, OR=9.222).

CONCLUSIÓN: Existe relación entre los resultados del test estresante con patrón normal y los hallazgos no patológicos de la placenta ($p=0.02$) y entre resultados del test estresante con patrón de estrés fetal y el puntaje Apgar al minuto de 4-6 ($p=0.04$)

ZAPATA Y., ZURITA N. (Perú, 2002) En la tesis Valor predictivo del Monitoreo electrónico Fetal en la Distocia funicular en el Instituto Materno Perinatal, Lima 2002.

METODOLOGIA: Investigación de tipo Correlacional Prospectivo con un diseño No Experimental Longitudinal.

RESULTADOS: Las medidas de valoración diagnóstica de una prueba como son la sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo Positivo y Valor Predictivo Negativo, La incidencia de Depresión Neonatal es baja cuando existe signos sugestivos de distocia funicular en el trazado cardiotocográfico.

CONCLUSION: El valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de distocia funicular está dado por la

sensibilidad del 60.20% y una especificidad del 92.29% siendo estos adecuados ya que la valoración de la prueba diagnóstica 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 encuentra 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 está frente a un resultado sugestivo de distocia funicular.

2.1.3. Locales

No se encontraron trabajos realizados.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Fisiología de la Frecuencia Cardíaca Fetal

La frecuencia cardíaca fetal (FCF) es una variable biofísica fetal que se ha estudiado de modo profuso y profundo, independiente del estado materno, a lo largo y ancho del mundo, desde mayo en 1818, hasta nuestros días.

El desarrollo de técnicas ultrasónicas ha permitido conocer muchos aspectos, antes oscuros sobre el comportamiento y la fisiología fetal, es por eso que la introducción masiva del monitor electrónico fetal en la práctica clínica ha evitado que situaciones de salud o enfermedad no conocidos antes condujeran, muchas veces, a intervenciones innecesarias, poniendo en riesgo a la madre y a su bebe. (12)

2.2.2. Origen y evolución histórica de la cardiotocografía

La percepción de los movimientos fetales por la gestante y luego por el examinador, dieron antaño los primeros conocimientos de la existencia de un embarazo y de la vitalidad fetal.

Es en el siglo XVII que el francés Phillipe Le Gaust descubre el tono cardíaco fetal. La posibilidad de reconocer la existencia de

vida fetal mediante la aplicación de la oreja al vientre materno fue descrita en 1818 por el suizo Mayor y en 1821 el francés Lejumeau escribe sus “Memorias”, dando valor diagnóstico a los latidos cardiacos fetales (LCF). En 1850 logra reconocimiento como método diagnóstico.

Durante el siglo XIX el interés por identificar la existencia del latido y de patrones de frecuencia cardiaca compatibles con el bienestar fetal hizo que se desarrollara la técnica de auscultación, así Pinard diseño su estetoscopio obstétrico en 1876.

A principios del siglo XX la auscultación del latido fetal durante el parto era una práctica habitual. La monitorización de la frecuencia cardiaca fetal experimento un importante desarrollo a partir de 1964 con la aplicación de principio Doppler, que permitió la aparición de los monitores cardiotocograficos que utilizamos en la actualidad.

En 1906 Cremer evalúa el bienestar fetal mediante el monitoreo electrónico fetal (MEF) y posteriormente, en 1958 Hon y Quilligan (USA), Caldeyro-Barcia (Uruguay), Hammacher (Alemania) y Freeman en 1979, investigan y realizan estudios sobre MEF.

Entre otras hazañas científicas, Roberto Caldeyro Barcia y Hermogenes Alvarez obtuvieron los primeros registros de presión

amniótica intrauterina (1947). El definió la intensidad y frecuencia de las contracciones, el tono y la actividad uterina (esta última medida usada internacionalmente en Unidades Montevideo). En 1950 realizó el registro múltiple de la presión intreamiometral (en varias partes del útero) en 1958 publicó un método original, a través del registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal, para diagnóstico precoz de la asfixia fetal durante el parto. Este procedimiento sigue siendo básico en todo el mundo, para el estudio y evaluación del feto humano durante el embarazo y el parto. (12)

2.2.3. Monitoreo electrónico fetal

Es un método por el cual se puede evaluar en forma continua los latidos cardíacos fetales (LCF), su ritmo y frecuencia, correlacionándolo con estímulos como : los propios movimientos fetales, las contracciones uterinas y los estímulos externos. (12).

En la actualidad, se considera como un método obligatorio y rutinario en la evaluación del bienestar fetal, sobre todo en el último trimestre del embarazo, su omisión en el uso, se considera en algunos países, como negligencia médica.

El objetivo principal de la monitorización fetal prenatal e intraparto es la prevención de resultados perinatales adversos, identificando

la academia hipoxia fetal en un momento en el que todavía es reversible. Sin embargo, hay diversos factores que influyen en el desarrollo y la gravedad del daño tisular por la anoxia, así la relación entre la acidosis metabólica y la hipoxia cerebral es compleja. (12)

El monitoreo electrónico fetal es una de las técnicas que está basada en los cambios de la frecuencia cardiaca fetal en relación a alteraciones en la capacidad reguladora del Sistema Nervioso Autónomo y/o a depresión miocárdica directa, que son provocadas por la hipoxia y acidosis fetal. Para que la interpretación de esta técnica sea adecuada se deben tomar en cuenta determinados criterios que permitan describir y estudiar la frecuencia cardiaca fetal. Entre las diferentes fuentes que son utilizadas en la actualidad se encuentran la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1987), el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG 2005), el National Institute of Child Health and Human Development (NICHD 2008), etc. los cuales han identificado como 9 criterios principales que evalúan el bienestar fetal: la frecuencia cardiaca fetal basal, la variabilidad, las aceleraciones y las desaceleraciones (6,1).

La terminología fue reevaluada en Agosto del 2008, siendo aceptada mayoritariamente por la comunidad obstétrica y tomando en consideración los siguientes aspectos para valorar un

trazado cardiotocográfico: contracciones uterinas, línea de base de la Frecuencia cardiaca fetal, variabilidad, presencia de aceleraciones y desaceleraciones periódicas o episódicas. (18) Cabe resaltar que el HONADOMANI, aún utiliza los parámetros del NICHD de 1997.

2.2.3.1. Parámetros para valorar un trazado cardiotocográfico:

a) Las contracciones uterinas

Se valoran de acuerdo al número de las mismas en una ventana de 10 minutos, promediando a lo largo de un período de 30 minutos, pudiendo ser: Normal: ≤ 5 contracciones en 10 minutos, sacando el promedio sobre una ventana de 30 minutos.

- Taquisistolia: >5 contracciones en 10 minutos, sacando el promedio sobre una ventana de 30 minutos. En cuanto a las características de las contracciones uterinas: En la taquisistolia hay que valorar la presencia o ausencia de deceleraciones de la FCF asociada. El término taquisistolia se aplica igual a las contracciones espontáneas que a las estimuladas. Los términos hiperestimulación e hipercontractilidad se deben abandonar. La

frecuencia de las contracciones sólo es una valoración parcial de la actividad uterina, pues otros factores como la duración, intensidad y tiempo de relajación entre contracciones también son importantes en la práctica clínica.(1,18)

b) La línea de base de la Frecuencia Cardíaca Fetal

Es la FCF promedio presente, en ausencia de contracciones uterinas, movimientos fetales u otro estímulo, registrada en no menos de diez minutos.
(12)

Se determina por la media de la FCF cuando esta es estable, durante una ventana de 10 minutos, excluyendo las aceleraciones y deceleraciones y los períodos de variabilidad marcada (>25 latidos por minuto (lpm)). (18)

Debe haber segmentos de línea de base identificable de, al menos, 2 minutos (no necesariamente contiguos) en una ventana de 10 minutos; en caso contrario la línea de base para dicho período es indeterminada. En tales casos puede ser necesario valorar los 10 minutos previos del trazado para determinar la línea de base.

Según la NICHD, la línea de base normal se halla entre 110-160 lpm, bradicardia cuando la línea de base de la FCF es 160 lpm. (18)

c) La variabilidad de la FCF de la línea de base

Con la evaluación electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal, se puede observar la diferente duración de los intervalos entre dos ondas R del electrocardiograma fetal, de un ciclo cardíaco al siguiente. Ello muestra la presencia de irregularidades o pequeñas oscilaciones en el registro de la frecuencia cardíaca basal, denominadas variabilidad de la línea de base. (12)

Se determina en una ventana de 10 minutos, excluyendo aceleraciones y deceleraciones. La variabilidad de la FCF de la línea de base se define como las fluctuaciones en la FCF de la línea de base que son irregulares en amplitud y frecuencia. Hoy no se establece distinción entre variabilidad a corto plazo (variabilidad latido a latido) y variabilidad a largo plazo. La variabilidad se cuantifica visualmente como la amplitud desde el pico al fondo en latidos

por minuto. La variabilidad se clasifica de la siguiente manera (1, 18)

Ausente: amplitud indetectable.

Mínima: amplitud ≤ 5 lpm.

Moderada: amplitud entre 6 lpm y 25 lpm.

Marcada: amplitud > 25 lpm.

d) La aceleración

Es un aumento brusco de la FCF o una elevación de la FCF que ocurre en $<$ de 10 minutos. Una aceleración que dura ≥ 10 minutos es un cambio de la línea de base. Antes de las 32 semanas de gestación los criterios exigidos para la aceleración son: que el pico esté a ≥ 10 lpm y una duración de ≥ 10 segundos. (1,18)

e) Las desaceleraciones

Son descensos de la FCF de más de 15 lpm que duran más de 15 segundos, pero menos de 2 minutos y se clasifican en: tardías, precoces, variables, prolongadas.(18,15)

- **Desaceleración precoz:** se caracteriza por:

Disminución gradual y recuperación de la FCF, generalmente simétrica, asociada a contracción uterina.

 - La disminución gradual de la FCF se define como aquella que tarda ≥ 30 segundos desde el comienzo hasta el nadir.
 - La disminución de la FCF se cuantifica desde el comienzo al nadir de la deceleración.
 - El nadir de la deceleración tiene lugar al mismo tiempo que el acmé de la contracción.
 - En la mayoría de casos el comienzo, nadir, y recuperación de la deceleración coinciden con el comienzo, acmé y fin de la contracción, respectivamente.

- **Desaceleración tardía:** se caracteriza por:
 - Disminución gradual y recuperación de la FCF, generalmente simétrica, asociada con contracción.
 - La disminución gradual de la FCF se define como aquella que tarda ≥ 30 segundos desde el comienzo hasta el nadir.
 - La disminución de la FCF se cuantifica desde el comienzo al nadir de la deceleración.

- La deceleración se halla retrasada en el tiempo respecto a la contracción, ocurriendo el nadir después del acmé de la contracción.
- En la mayoría de casos, el comienzo, nadir, y recuperación de la deceleración ocurren después del comienzo, acmé, y fin de la contracción, respectivamente.

➤ **Desaceleración variable:**

- Disminución brusca de la FCF.
- Se llama disminución brusca de la FCF cuando transcurren < 30 segundos desde el comienzo de la deceleración al inicio del nadir de la deceleración.
- La disminución de la FCF se cuantifica desde el comienzo al nadir de la deceleración.
- La disminución de la FCF es ≥ 15 lpm, dura ≥ 15 segundos y < 2 minutos (10)
- Cuando las deceleraciones variables se asocian con contracciones, su comienzo, amplitud y duración habitualmente varían con las sucesivas contracciones.

➤ **Desaceleración prolongada:**

- Disminución de la FCF a partir de la línea de base de ≥ 15 lpm, con una duración ≥ 2 minutos, pero < 10 minutos.(10)

2.2.4. Test no estresante

Introducida por Lee en 1975 se ha convertido por su comodidad, inocuidad y facilidad en una prueba esencial para el estudio del estado fetal intraútero. Consiste en el estudio de la respuesta de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) a los movimientos fetales o a la actividad uterina anteparto. No hay evidencia científica que justifique la necesidad de utilizar estudios del bienestar fetal anteparto antes de la 40ª semana. Podría ser aconsejable un control del estado fetal anteparto en el transcurso del III trimestre, realización opcional de un test basal (monitorización cardiotocográfica no estresante) a partir de la 40ª semana. Realmente no hay evidencia científica que demuestre que el realizar de forma rutinaria en las gestaciones de bajo riesgo un test basal, tiene efecto significativo sobre la morbi-mortalidad perinatal. (21)

Test que evalúa la respuesta de la frecuencia cardiaca fetal al movimiento fetal, es el método más común del ante parto para comprobar el bienestar del feto. Si este se encuentra en peligro,

no habrá aceleración característica de la frecuencia del corazón del feto que acompaña su movimiento (12).

Registro electrocardiotocográfico simultáneo de actividad cardíaca fetal, actividad uterina y movimientos fetales sin mediar estrés externo para el feto. •Determina la reserva respiratoria feto-placentaria (capacidad placentaria para transporte de oxígeno y la capacidad de resistencia fetal a la hipoxia)(12)

Respecto a los movimientos fetales, solo el Fisher Modificado toma en cuenta este patrón en la cardiotocografía, el cual fue considerado partir de los trabajos de Sadovsky como un parámetro eficaz en el estudio del bienestar fetal. Su asociación con las aceleraciones transitorias de la FCF es el punto clave del test basal, pues parece que existe un patrón de cinética fetal a lo largo del embarazo e incluso a lo largo de cada día de la vida fetal, aunque los resultados son muy variables.¹¹ Esta técnica aún continúa es investigación pues, a pesar de que en algunos estudios mencionen que tiene un valor predictivo bajo por una mala interpretación, en otras demuestran lo contrario.² El test no estresante es una prueba que se basa en la respuesta fisiológica aceleratoria de la FCF que se desencadena con la actividad motora del feto. Para producirse requiere de la indemnidad de los centros cardiorreguladores del SNC (que se activan a las 28 sem.) y de las vías periféricas¹². La reactividad de esta prueba varía

dependiendo de la edad gestacional en la cual se utilice, pues entre las 20 – 24 semanas de gestación es reactiva en 25% de los casos, mientras que entre la semana 33-42 semanas es reactiva en el 90%. Es de alta sensibilidad para determinar bienestar fetal, pero de baja especificidad para determinar compromiso fetal. Para realizar esta prueba, la paciente no debe estar en ayunas ni haber fumado porque se puede alterar el resultado, asimismo deberá estar en posición semisentada o decúbito lateral para registrar la FCF con un transductor de ultrasonido Doppler aplicado sobre el abdomen materno en el sitio en donde mejor se perciba el foco fetal. El trazado se debe observar hasta que la prueba sea reactiva o se hayan cumplido por lo menos 30 minutos desde el inicio de la misma, de lo contrario será catalogada como no reactiva. 13, 14, 15 13 Los resultados de esta prueba pueden ser: Reactivo: Presencia de al menos dos aceleraciones transitorias en el plazo de 20 minutos con amplitud mayor de 15 latidos/minuto y con una duración de al menos 15 segundos. No reactivo: Ausencia de aceleraciones transitorias o presencia de las mismas con duración o amplitud inadecuada¹⁶. La conducta a seguir ante cada resultado es¹⁶: Reactivo: Indica bienestar fetal. La prueba se repetirá en 3-7 días en función de la causa que motivó su realización. No reactivo: Se debe de tener en cuenta la utilización de fármacos y la edad gestacional. Habrá que prolongar el tiempo de estudio hasta los 45 minutos y/o utilizar procedimientos de estimulación fetal (estimulación vibro-acústica o movilización

fetal). En caso de continuar el patrón no reactivo será necesario proceder a nuevos estudios, estando indicado en este caso el test estresante por contracciones. (11)

2.2.5. Test estresante

Prueba común del ante parto consiste en estimular las contracciones del útero y monitorear la respuesta de la frecuencia cardíaca del feto a las mismas.

Algunos tipos de desaceleración en esta frecuencia durante la contracción indican que la placenta no tiene una reserva adecuada de oxígeno para suministrar al feto (12).

Descrita por Pose en 1969. Consiste en la investigación del comportamiento de la FCF al inducir contracciones uterinas mediante la administración pautada de oxitocina. Debe utilizarse cuando la monitorización no estresante ofrezca resultados prepatológicos o dudosos. Se considera concluida al lograr 3-4 contracciones en 10 minutos, de 40- 60 segundos de duración o la aparición de una desaceleración tardía. La prueba es negativa (las características de la FCF no se modifican), positiva (desaceleraciones tardías asociadas con más de la mitad de contracciones), prepatológica (desaceleraciones en menos de la mitad de las contracciones), dudosa (desaceleraciones precoces

o variables o se produce una hiperestimulación). El resultado va a determinar la conducta a seguir. (21)

2.2.6. Resultados perinatales

Son los parámetros por los cuales se mide los efectos o resultados que ocasiona una intervención o proceso en el producto de la concepción, como el tipo de parto, puntajes de Apgar, edad gestacional y líquido amniótico (11).

2.2.6.1. Tipos de parto

a) Parto vaginal

Es la expulsión del feto por la vía natural o sea la vagina. Siguiendo las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología (11).

b) Parto cesárea

Tipo de parto en el cual se práctica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas (11).

2.2.6.2. Puntaje de apgar

El test de Apgar es un método rápido y práctico para evaluar objetiva y sistemáticamente al recién nacido inmediatamente luego del nacimiento, y su propósito es ayudar a identificar a aquellos que requieran resucitación y predecir su supervivencia en el período neonatal.

Sesenta segundos luego que el bebé ha nacido (sin considerar la placenta), los 5 signos de arriba son evaluados, y a cada uno se le asigna un puntaje de 0, 1 ó 2. Un puntaje total de 10 indica un infante en su mejor condición posible. Los recién nacidos a término con una adaptación cardiopulmonar normal deberían obtener un puntaje de 8-10 al 1er minuto y los 5 minutos. Puntajes de 4-7 requieren una atención y observación cercana para determinar si el status del bebé mejorará y para determinar si alguna condición patológica resultante del parto o intrínseca del infante con la que haya nacido, están contribuyendo para el bajo puntaje de Apgar. Por definición un puntaje de 0-3 requiere resucitación inmediata. El puntaje de Apgar al primer minuto puede entonces indicar la necesidad de resucitación cardiopulmonar. Sin embargo si el infante inmediatamente al nacer ya muestra signos de asfixia la resucitación empezará inmediatamente al nacer, puesto

que el primer puntaje del Apgar recién se obtiene al primer minuto de vida. Tradicionalmente siempre se repite el test a los 5 minutos para seguir la situación del bebé especialmente si ha requerido alguna maniobra de resucitación. Se siguen obteniendo puntajes adicionales a los 10, 15 y 20 minutos al criterio del Pediatra en caso que la condición del recién nacido aún no sea satisfactoria a los 5 minutos y sucesivamente.

Es importante resaltar que el Test de Apgar no fue diseñado para predecir el desarrollo neurológico de un niño. Por ejemplo, el Test de Apgar es normal en la mayoría de pacientes que posteriormente han desarrollado parálisis cerebral; y la incidencia de parálisis cerebral es baja en infantes con puntajes de 0-3 a los 5 minutos. El Test de Apgar nos ayuda entonces más para determinar qué infante requiere resucitación al nacer y tiene valor para predecir la muerte neonatal, no el desarrollo neurológico a posteriori. (21)

2.2.6.3. Edad gestacional

A término: Fluctúa entre la semana 37 a 41 con un promedio de 40 semanas que constituye el tiempo normal de gestación.

Pre termino: Se considera a los menores de 37 semanas.

Post-término: Se considera a los mayores o igual a 42 semanas.(21)

2.2.6.4. Líquido amniótico

El líquido amniótico es un componente producido por el feto y que lo rodea durante el embarazo. Actúa principalmente como protección para el feto y proporciona una temperatura estable, amortiguación ante traumatismos externos y permite la libre circulación de fluidos, necesarios para el normal desarrollo de los pulmones. (12)

El líquido amniótico es un fluido líquido que rodea y amortigua al embrión y luego al feto en desarrollo en el interior del saco amniótico. Permite al feto moverse dentro de la pared del útero sin que las paredes de éste se ajusten demasiado a su cuerpo, además de proporcionarle sustentación hidráulica. (12)

El saco amniótico crece y comienza a llenarse, principalmente con agua dos semanas después de la fertilización. Tras 10 semanas después el líquido

contiene proteínas, carbohidratos, lípidos y fosfolípidos, urea y electrolitos, todos los cuales ayudan al desarrollo del feto. En los últimos estados de gestación la mayor parte del líquido amniótico está compuesto por orina fetal.

El volumen del líquido amniótico: se considera que a la semana 38 el volumen alcanza unos 1000ml para descender a 800ml a la semana 40.

Oligohidramnios: Disminución en la cantidad de líquido amniótico, la cual es inferior a 400ml.

Polihidramnios: Aumento en la cantidad de líquido amniótico, usualmente mayor a 2000ml. (12)

2.3. Definición de términos básicos

a) Monitoreo electrónico fetal

Es un procedimiento diagnóstico que estudia el comportamiento de la Frecuencia Cardíaca Fetal en relación a los movimientos fetales y la dinámica uterina (12).

b) Prueba no estresante

Test que evalúa la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal al movimiento fetal, es el método más común del ante parto para comprobar el bienestar del feto. Si este se encuentra en peligro, no

habrá aceleración característica de la frecuencia del corazón del feto que acompaña su movimiento (12).

c) Resultados Perinatales

Son los parámetros por los cuales se mide los efectos o resultados que ocasiona una intervención o proceso en el producto de la concepción, como el tipo de parto, puntajes de Apgar, edad gestacional y líquido amniótico (11).

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis General y Especifica

El resultado de la prueba no estresante se relaciona directamente con los resultados perinatales en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna.

3.2. Sistema de Variables

3.2.1 Variable Independiente

Prueba No Estresante.

Indicadores:

- Resultado de la Prueba No estresante
- Línea de base
- Variabilidad
- Aceleraciones
- Desaceleraciones
- Numero de desaceleraciones
- Contracciones Uterinas

3.2.2 Variable Dependiente

Resultados Perinatales.

Indicadores:

- Tipo de parto
- Puntaje de Apgar
- Edad Gestacional
- Líquido amniótico

3.2.3 Variables Asociadas

Características maternas y obstétricas.

- Edad materna
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Paridad
- Control prenatal

IV. MARCO METODOLOGICO

4.1. Dimensión espacial y temporal

El presente trabajo se realizó en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el año 2014.

4.2. Tipo de Investigación

El presente Trabajo de Investigación es Básico y de Carácter Analítico explicativo

4.3. Diseño de Investigación

Se trata de un diseño no experimental, retrospectivo, transversal.

4.4. Determinación del Universo/ Población

Todas las gestantes que acudieron a la Unidad de Bienestar Fetal para la realización de la Prueba No Estresante, en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el año 2014, siendo un total de 2736.

Criterios de Inclusión:

- Gestante con embarazo con feto único y viable
- Gestante en no trabajo de parto

- Gestante cuyo parto haya culminado en la Institución.
- Gestante con evaluación de Prueba No estresante.

Criterios de exclusión

- Gestante con evaluación solo de test estresante
- Embarazo múltiple
- Gestante con patología intercurrente al momento de la prueba (trastorno hipertensivo del embarazo, hemorragias del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, enfermedad crónica u otra patología)
- Recién nacido con malformaciones congénitas
- Gestante en trabajo de parto (Fase latente, fase activa o pródromos de trabajo de parto)
- Gestante con prueba No estresante en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna, pero que su parto culminó en otro establecimiento de salud.
- Pruebas no estresantes con datos incompletos.

4.5. Selección de la Muestra

No se aplicó muestreo ya que se consideró a todas las gestantes que acudieron a la Unidad de Bienestar Fetal para la realización de la Prueba No Estresante y que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

Fuentes: secundarias.

Técnicas:

La técnica que se utilizó para el acopio de datos fue el análisis documental de las historias clínicas, libro de partos, SIP y ficha de recolección de datos.

Instrumentos de recolección de datos:

Se ha elaborado una ficha de recolección de datos teniendo en cuenta la información de las historias clínicas.

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

Se recopilaron los datos de los monitores electrónicos fetales consignados en las Historias Clínicas de la muestra en estudio, de acuerdo a los objetivos de la investigación, se registraron en las fichas de recolección de datos, para posteriormente procesarlas y analizarlas.

Los datos después de ser recolectados fueron procesados y tabulados a través de hojas de cálculo del programa estadístico S.P.S.S (The package Statistical for the Social Sciences) versión 18, lo que posteriormente fueron vaciados en tablas y figuras.

Se utilizaron herramientas estadísticas pertinentes para el tipo de investigación, tales como frecuencias y porcentajes.

V. RESULTADOS

5.1 Presentación de Resultados de la Investigación

TABLA 01

EDAD MATERNA DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014

Edad	N°	%
10 -19	72	2.6
20 - 34	1335	48.8
35 - 49	1329	48.6
TOTAL	2736	100

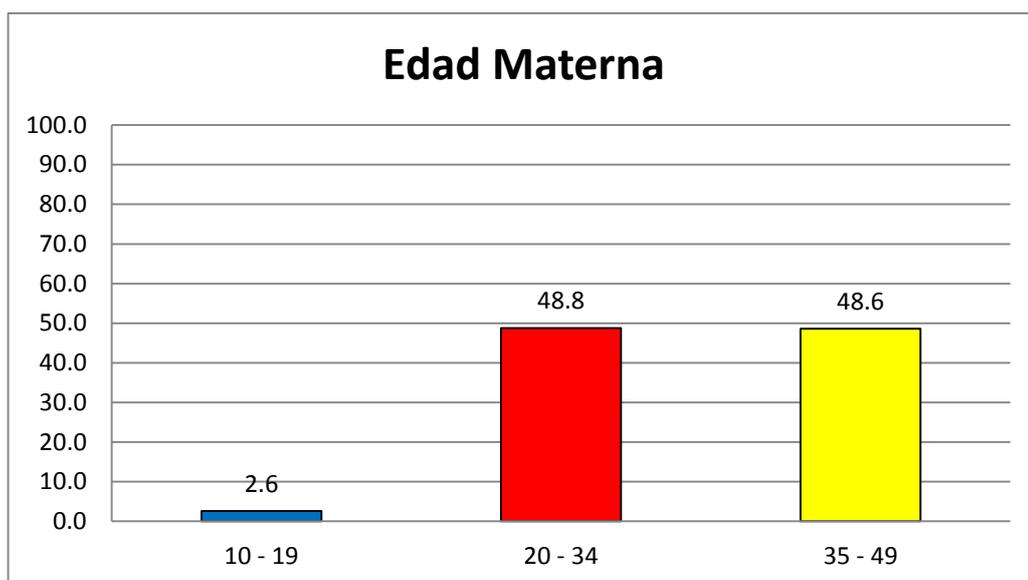
Fuente: Libro de Monitorización fetal y Libro de Atención de Parto del Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna

Análisis e interpretación:

En la tabla 01 se encontró que los grupos etáreos predominantes están entre 20 a 49 años. El grupo etáreo de 20 a 34 años tiene un 48.8% y el grupo etáreo de 35 a 49 años tiene un porcentaje de 48,6%.

FIGURA 01

EDAD MATERNA DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014



Fuente: Tabla 01

TABLA 02

**RESULTADO DE TEST NO ESTRESANTE DE LAS GESTANTES
SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III
DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**

Resultado	N°	%
REACTIVO	2563	93.7
NO REACTIVO	173	6.3
SOSPECHOSO	0	0
TOTAL	2736	100

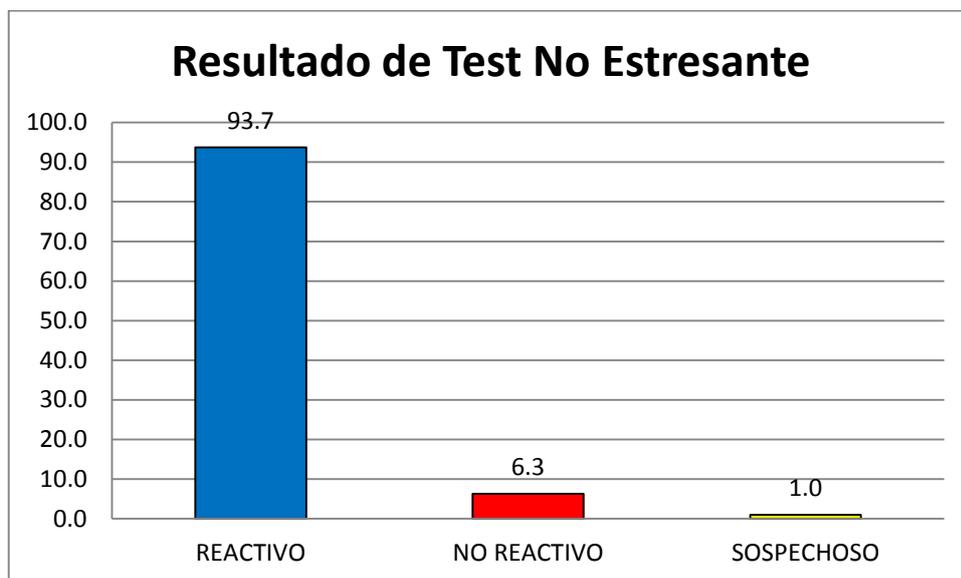
Fuente: Libro de Monitorización fetal y Libro de Atención de Parto del Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna

Análisis e interpretación:

En la Tabla 02 se puede observar que de las 2736 gestantes el 93.7% fueron reactivos, encontrándose solo un 6.3% no reactivos siguiendo un protocolo para estos casos. En caso de Test no estresante sospechoso no se encontró.

FIGURA 02

**RESULTADO DE TEST NO ESTRESANTE DE LAS GESTANTES
SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III
DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**



Fuente: Tabla 02

TABLA 03

**EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA
NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**

Edad Gestacional	N°	%
< 37	1182	43.2
37- 41	1554	56.8
42<	0	0
TOTAL	2736	100

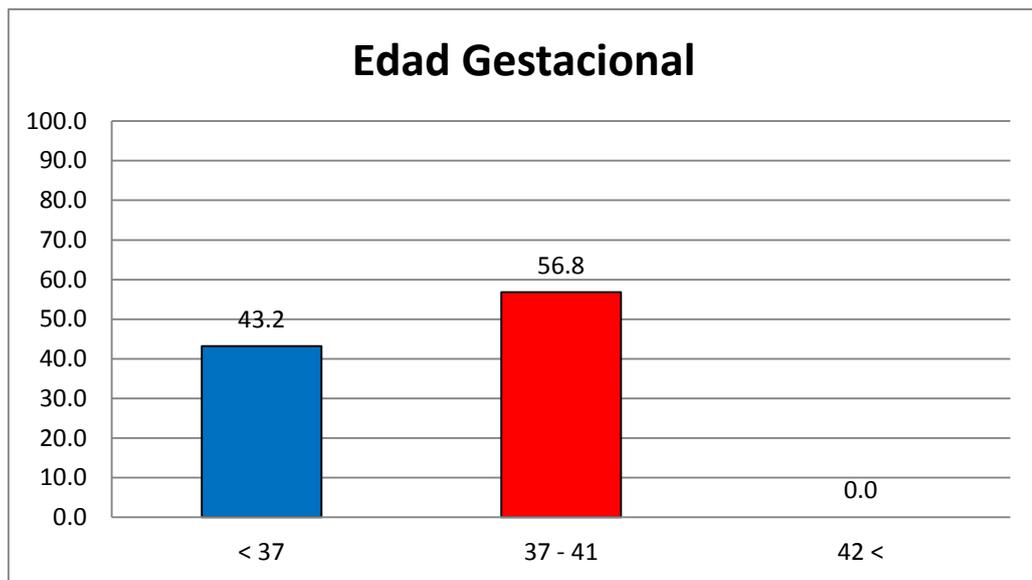
Fuente: Libro de Monitorización fetal y Libro de Atención de Parto del Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna

Análisis e interpretación:

En la Tabla 03 se observa que se encontró que la edad gestacional predominante es de 37 a 41 semanas con un 56.8%, menos de 37 semanas tiene un 43.2%. no encontrándose pacientes con 42 semanas.

FIGURA 03

**EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA
NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**



Fuente: Tabla 03

TABLA 04

LIQUIDO AMNIOTICO DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014

Liquido Amniótico	N°	%
L.A. VERDOSO	232	8.5
L.A TRANSPARENTE	2504	91.5
TOTAL	2736	100

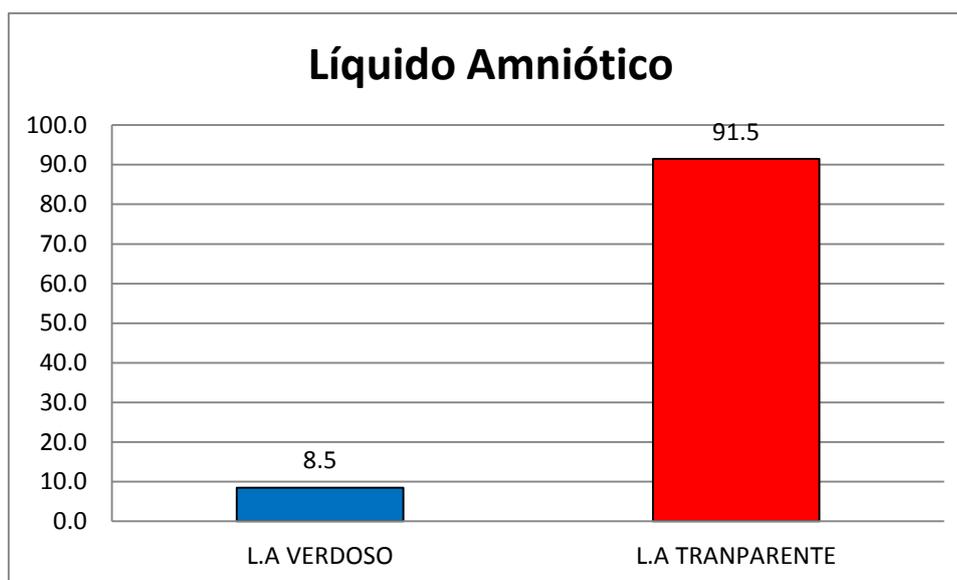
Fuente: Libro de Monitorización fetal y Libro de Atención de Parto del Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna

Análisis e interpretación:

En la Tabla 04 se puede observar que de acuerdo al color de líquido amniótico un 91.5% fue transparente y líquido amniótico verde o meconial un 8.5%.

FIGURA 04

**LIQUIDO AMNIOTICO DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA
NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**



Fuente: Tabla 04

TABLA 05

TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014

Tipo de Parto	N°	%
CESAREA	63	2.3
PARTO NORMAL	2673	97.7
TOTAL	2736	100

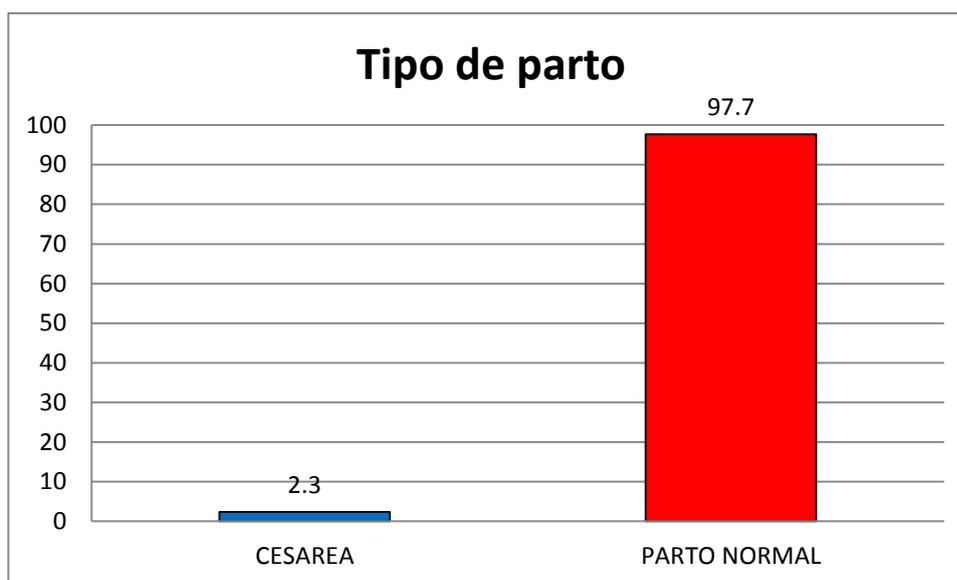
Fuente: Libro de Monitorización fetal y Libro de Atención de Parto del Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna

Análisis e interpretación:

En la Tabla 05 se puede observar que del total de 2736 gestantes el 97.7% termino parto normal y un 2.3% termino en cesárea.

FIGURA 05

TIPO DE PARTO DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014



Fuente: Tabla 05

TABLA 06

RELACION RESULTADO DE TEST NO ESTRESANTE Y LIQUIDO AMNIOTICO DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014

Test No estresante	Líquido Amniótico			
	L.A VERDOSO		L.A.TRANSPARENTE	
	N°	%	N°	%
REACTIVO	217	93.5	2391	95.5
NO REACTIVO	15	6.5	113	4.5
SOSPECHOSO	0	0	0	0
TOTAL	232	100	2504	100

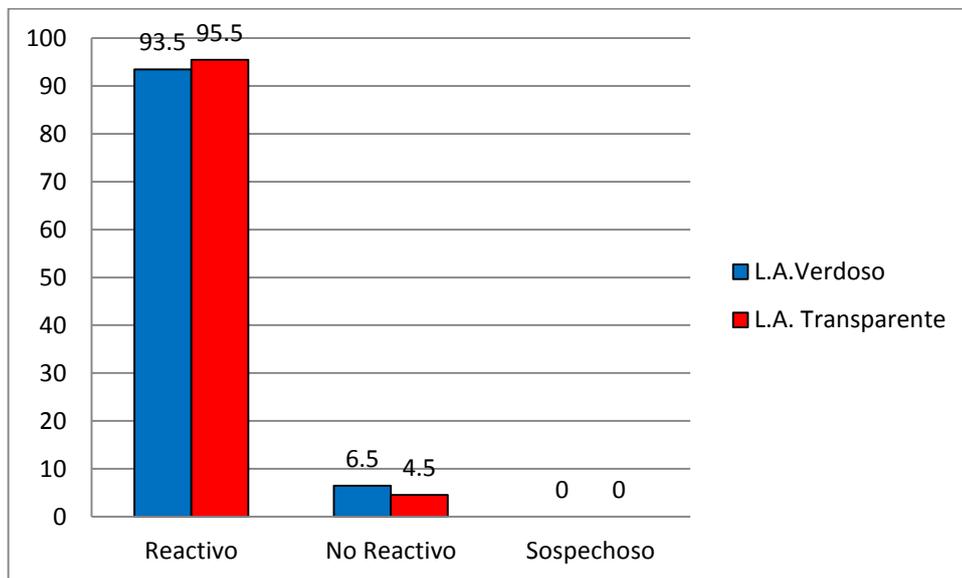
Fuente: Libro de Monitorización fetal y Libro de Atención de Parto del Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna

Análisis e interpretación:

En la Tabla 06 se puede observar que de las gestantes que presentaron Líquido Amniótico verdoso el 93.5% tuvieron un test No estresante Reactivo, el 6.5% un Test No Estresante NO Reactivo y un 0% sospechoso.

FIGURA 06

RELACION RESULTADO DE TEST NO ESTRESANTE Y LIQUIDO AMNIOTICO DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014



Fuente: Tabla 06

TABLA 07

**RELACION RESULTADO DE TEST NO ESTRESANTE Y EDAD
GESTACIONAL DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO
ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**

Test No estresante	Edad Gestacional					
	<37		37 - 41		42<	
	N°	%	N°	%	N°	%
REACTIVO	1530	98.4	1078	91.2	0	0
NO REACTIVO	24	1.6	104	8.8	0	0
SOSPECHOSO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1554	100	1182	100	0	100

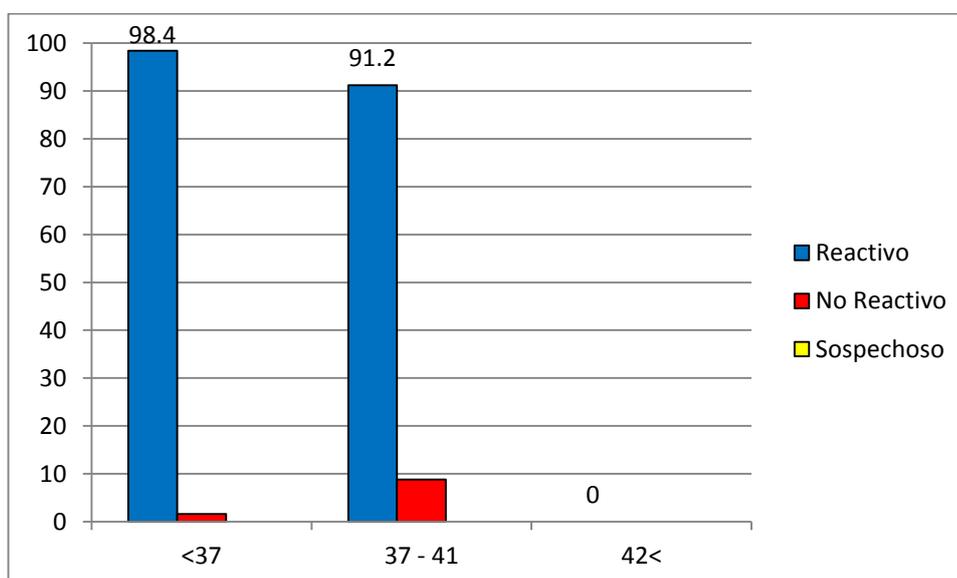
Fuente: Libro de Monitorización fetal y Libro de Atención de Parto del Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna

Análisis e interpretación:

En la Tabla 07 se puede observar que de las gestantes que presentaron Edad Gestacional <37 sem el 98.4% presentaron un test No Estresante Reactivo y un 1.6% No Reactivo, así también las gestantes con 37 a 41 sem el 91.2% presentaron un Test No Estresante Reactivo y un 8.8% No Reactivo. Finalmente no hubo gestantes de 42 semanas.

FIGURA 07

**RELACION RESULTADO DE TEST NO ESTRESANTE Y EDAD
GESTACIONAL DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO
ESTRESANTE. HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**



Fuente: Tabla 07

TABLA 08

**RELACION RESULTADO DE TEST NO ESTRESANTE Y TIPO DE PARTO
DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE.
HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**

Test No estresante	Tipo de Parto			
	Cesárea		Parto Normal	
	N°	%	N°	%
REACTIVO	46	73	2562	95.8
NO REACTIVO	17	27	111	4.2
SOSPECHOSO	0	0	0	0
TOTAL	63	100	2673	100

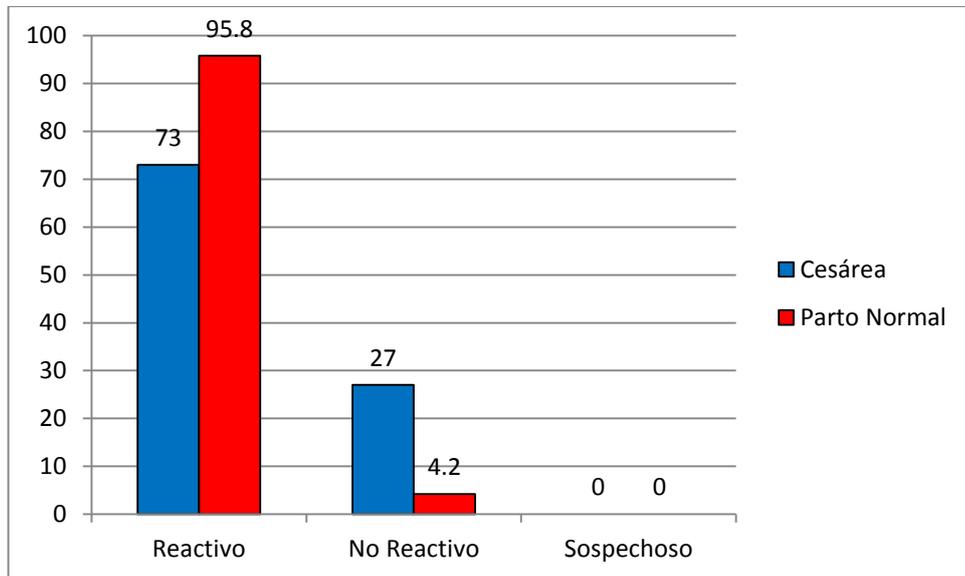
Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación:

En la Tabla 08 se puede observar que de las gestantes que terminaron el Parto en Cesárea, el 73% presentaron un Test No Estresante Reactivo y un 27% Reactivo, así también de las gestantes que terminaron con un parto Normal, el 95.8% tuvieron un Test No Estresante Reactivo y el 4.2% No Reactivo.

FIGURA 08

**RELACION RESULTADO DE TEST NO ESTRESANTE Y TIPO DE PARTO
DE LAS GESTANTES SOMETIDAS A LA PRUEBA NO ESTRESANTE.
HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014**



Fuente: Tabla 08

VI. DISCUSIÓN

Uno de los principales objetivos en la atención obstétrica ha sido la prevención de la muerte fetal. Existen muchas causas de muerte fetal hipóxica, principalmente las que se desarrollan durante el parto, que se pueden prevenir si se reconocen los signos tempranos de hipoxia y asfixia fetal, que pueden conducir también a las complicaciones neonatales.

La cardiotocografía es una prueba altamente sensible, aunque presenta una baja especificidad. Por otro lado, la prevalencia del problema que intenta diagnosticar es baja, lo que resulta en una alta tasa de falsos positivos y un pobre valor predictivo positivo. Si se aumentara la especificidad del test, la cardiotocografía sería falsamente tranquilizadora, con una disminución de la sensibilidad, habría menor detección de fetos potencialmente comprometidos. (12)

En el estudio realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión a 2563 (93,7%) pacientes presentó test no estresante reactivo, mientras que 173 (6.3%) presentaron un test no estresante no reactivo.

VII. CONCLUSIONES

Los hallazgos cardiotocograficos de la prueba no estresante en gestantes atendidas en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión .ESSALUD Tacna, fueron de 2736 casos que se les realizo Prueba No Estresante, 2563 (93.7/%) fueron reactivos, y 173 (6.3%) fueron no reactivos.

Los resultados perinatales de las gestantes sometidas a pruebas no estresantes en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, fueron consideradas edad gestacional, tipo de parto y liquido amniótico. Respecto a la edad predominante está en el grupo etareo 20-34 años con 1335 casos (48.8%), el que sigue es el grupo etareo de 35 a 49 sem. con 1329 casos (48.2%), el grupo de 10-19 se intervinieron a 72 casos (2.6%).

Al relacionar los resultados de la prueba no estresante con el color del líquido amniótico se concluye que el 93.5% de gestantes que presentaron L.A. Verdoso tuvieron un Test No estresante Reactivo, lo que da a conocer que el test no fue muy efectivo al predecir el SFA en el neonato.

Así también al relacionar los resultados de la prueba No estresante con la edad gestación se puede concluir que el 8.8% de las gestantes presentaron un Test No estresante NO reactivo y el 1.6% No reactivo con <37 semanas. Finalmente respecto a la relación entre el tipo de Parto y el test No Estresante, el 95.8% de gestantes que terminaron en un parto normal presentaron un Test No estresante Reactivo.

VIII. RECOMENDACIONES

Mejorar el sistema de registro ya sea en los formatos como exigir al personal de salud un correcto llenado de los datos.

Implementar con Equipamiento de Monitorización Fetal todos los establecimientos de salud, para realizar un control prenatal completo y de esta manera asegurar la vida del feto.

Capacitar al todo el personal profesional que está relacionado con la atención de la gestante en monitorización fetal, ya que se ha demostrado que es eficaz.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACOG PRACTICE BULLETIN (2005) Intrapartum fetal heart rate monitoring. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 70, 2005. *Obstet. Gynecol* 2005; 106(6): 1453-1461.
2. ALFIREVICZ, Devane d, GytegmI,(2012) Cardiotocografía continua (CTG) como forma de monitorización fetal electrónica para la evaluación fetal durante el trabajo de parto,[En línea] Disponible en http://apps.who.int/rhl/pregnancychildbirth/childbirth/routine_care/jncom/es/index.html2009[Consulta hecha 02 mayo 2012].
3. ASTUDILLO J. (2014) Evaluación de la Unidad Feto-placentaria (UFP). Chile: Universidad de Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología. [Acceso el 02 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.vitalibros.cl/catalogo_web/colecciones/600/610/618/evaluacion.pdf.
4. BORBERG C, Navarrete M. (2010) Capítulo 4: Vigilancia fetal anteparto. Pág.: 55-67. [Acceso el 02 de diciembre]. Disponible en: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_04.pdf
5. CLAUDINO C., Valladares C. (2001) Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal preparto en el embarazo cronológicamente prolongado en el Hospital Materno Infantil, Honduras. *Revista Médica Post UNAH*. 2001, 6 (1): 66-73.

6. CARRASCO D. y Col.(2006) Valor predictivo del monitoreo fetal en el embarazo en vías de prolongación y prolongado. Revista Médica de los Post Grados de Medicina.UNAH Vol. 9 N° 3 Septiembre - Diciembre 2006.
7. CUENCA E. (2015) Relación entre el test no estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación atendidas en el hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima 2014. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, 2015.
8. CHIRINOS M. (2006) Investigando en Salud, Arequipa: Edit. UNAS.
9. GARCÍA, Ramón, (2012) Parto cesárea, [En línea] Disponible en http://www.google.com.pe/search?q=monitoreo+electronico+fetal+definicion&hl=es&source=hp&gbv=2&gs_sm=e&gs_upl=200112407101124171421291213121017011364313-1.2.3.11710 [consulta hecha 05 de febrero 2012].
10. GALLO M, Martínez M, Santiago C.(2010) Control del bienestar fetal anteparto. Métodos biofísicos y bioquímicos. Pág. 363-375
11. GOYO A. N., (2002) “Correlación del Test de Oxitócica, Vía de Evacuación y Apgar en pacientes obstétricas a término con Test no Estresante no reactivo que acudieron al Hospital Central Dr. Antonio María Pineda” Venezuela 2002.
12. HUAMÁN J.(2010) Monitoreo Fetal Electrónico fetal, Cardiotocografía. Primera edición. Perú 2010, pág. 214.

13. MULLO J., VARGAS J. (2004) Embarazo prolongado: Factores de riesgo y resultados perinatales, Hospital Hipólito Unánue de Tacna 2000-2004. [Tesis]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de Tacna.
14. NOZAR, M, Martínez (2012) A, Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales [En línea] Disponible en <http://www.rmu.org.uy/revista/2008v2/art4.pdf> [consulta hecha 05 de mayo 2012]. PARRA M. Capítulo 24: Pruebas de vigilancia fetal. [Acceso el 01 de diciembre del 2014]. Disponible: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/27/9789584476180.24.pdf>
15. OSAKIDETZA. (2013) Guía de monitorización electrónica fetal intraparto. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Materno-Infantil. Hospital Universitario Donostia. Edición: Unidad de Comunicación.
16. OLIVER A. (2014) Monitorización antenatal de la FCF. 1988. [Acceso el 01 de Diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2457/TESI_03.PDF;jsessionid=648E040B9FC7E6477BDE87E0F5413372.tdx1?sequence=3
17. POLIT D, HUNGLER B. (2000) Investigación científica en Ciencias de la Salud. 6ta edición, Edit. McGraw-Hill Interamericana. México, 2000.
18. ROBINSON B, Nelson L. (2008) A Review of the proceedings from the 2008 NICHD Workshop on Standardized Nomenclature for Cardiotocography. Rev. Obstet Gynecol 2008; 1(4): 186-192.

19. STEFOS, T sotiriadis A, Tsirkos P, Korkontzeolos L, Papadimitrios D, Lolis D, (2001) Evaluation of fetal heart monitoring in the first, stage of labor Journal of maternal – Fetal Medicine 2001; 10:48-51
20. VALDIVIA A. (2014) Eficacia del monitoreo electrónico ante parto en el diagnóstico de sufrimiento fetal – Instituto Nacional Materno Perinatal 2013. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, 2014.
21. VASQUEZ,J y RODRIGUEZ L. (2013) Manual Basico de Obstetricia y Ginecologia. España. Ed. INGESA. 388 Pág.
22. ZAPATA Y, ZURITA N. (2002) Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en la distocia funicular en el Instituto Materno Perinatal, marzo-mayo 2002. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, 2002.

ANEXO 1

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOS
¿DE QUE MANERA LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE SE RELACIONAN CON LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION DE TACNA DE ENERO A DICIEMBRE 2014?	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación de los resultados de la Prueba no Estresante y los resultados perinatales en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna de Enero a Diciembre 2014.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Describir los hallazgos cardiotocográficos de la prueba no estresante en gestantes atendidas en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna.</p> <p>Describir los principales resultados perinatales de las gestantes sometidas a prueba no estresante en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna.</p> <p>Relacionar los resultados de la prueba no estresante con el tipo de parto, puntaje de Apgar, edad gestacional y líquido amniótico.</p>	El resultado de la prueba no estresante se relaciona directamente con los resultados perinatales en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna.	<p>Variable independiente</p> <p>Prueba No Estresante.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Resultados Perinatales.</p> <p>Variables Asociadas</p> <p>Características maternas y obstétricas.</p>	<p>Indicadores:</p> <p>Resultado de la Prueba No estresante</p> <p>Línea de base</p> <p>Variabilidad</p> <p>Aceleraciones</p> <p>Desaceleraciones</p> <p>Numero de desaceleraciones</p> <p>Contracciones Uterinas</p> <p>Indicadores:</p> <p>Tipo de parto</p> <p>Puntaje de Apgar</p> <p>Edad Gestacional</p> <p>Líquido amniótico</p> <p>Edad materna</p> <p>Estado civil</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Paridad</p> <p>Control prenatal</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Básico y de Carácter Analítico explicativo</p> <p>Diseño</p> <p>diseño no experimental, retrospectivo, transversal.</p> <p>Población</p> <p>Todas las gestantes que acudieron a la Unidad de Bienestar Fetal para la realización de la Prueba No Estresante, en el Hospital Nivel III Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el año 2014, siendo un total de 2736.</p> <p>Instrumento</p> <p>Ficha de recolección de datos de las Historias Clínicas Perinatales y del libro de la Unidad de Bienestar fetal del Departamento de Gineco Obstetricia.</p>

ANEXO 2

Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Prueba No Estresante	Resultado de la Prueba No Estresante	<ul style="list-style-type: none"> • Activo Reactivo • Activo no Reactivo • Hipo activo 	Nominal
	Línea de base	<ul style="list-style-type: none"> • <110 lpm=1 • 110-160 lpm=2 • >160 lpm=3 	Discreta
	Variabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente=1 • Mínima=2 • Moderada=3 • Severa=4 	Discreta
	Aceleraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente=1 • Presente=2 	Discreta
	Desaceleraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente=1 • Des, precoz=2 • Des. Tardia=3 • Des. Vatiable=4 • Des. Prolomg.=5 	Discreta
	Número de desaceleraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente=1 • <50%=2 • >50%=3 	Discreta
	Contracciones uterinas	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente =1 • ≤5 contracc =2. • ≥5 contracc.=3 	Discreta
VARIABLE DEPENDIENTE Resultados Perinatales	Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal • Cesárea 	Nominal
	Puntaje de Apgar	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 7 • De 7 a 10 	Ordinal
	Edad Gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 37 semanas • De 37 a 41 • De 42 a más 	Ordinal
	Líquido amniótico	<ul style="list-style-type: none"> • Claro • Oscuro 	Nominal
VARIABLES ASOCIADAS	Edad materna	<ul style="list-style-type: none"> • De 10 a 19 • De 20 a 34 • De 35 a más 	Ordinal
	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Otro 	Nominal
	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior 	Ordinal
	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Múltipara • Gran múltipara 	Ordinal
	Control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • De 0 a 5 • De 6 a más 	Discreta



ANEXO 3 Instrumento

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

Nº

1. EDAD

10 – 19 años () 20 – 34 () 35 – 49 ()

2. ESTADO CIVIL

Soltera () Conviviente () Casada () Otro ()

3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Analfabeta () primaria () secundaria ()
Superior ()

4. PARIDAD:

a. CONTROL PRENATAL:.....

II. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL

TEST DE FISHER

PARÁMETROS OBSERVADOS	PUNTAJE			Puntaje Total
	0	1	2	
LINEA DE BASE	<100 ó >180	100-119 ó 161-180	120-160	
VARIABILIDAD	<5 <3	5-9 ó >25 3-6	10-25 >5	
ACELERACIONES	0	Periódicos ó 1-4 esporádicos	>5	
DESACELERACIONES	DIP II >50% DIP III >60%	DIP II <50% DIP III <60%	Ausentes	
ACTIVIDAD FETAL	0	1-4	>5	
PUNTAJE TOTAL				

Valoraciones de Puntuación de Fisher	
Puntuación	Estado fetal
8 – 10	Fisiológico
5 – 7	Dudoso
<4	Patológico

DX POST NST:

Reactivo ()

No reactivo ()

Insatisfactorio ()

III. RESULTADO PERINATAL

1. PARTO:

Vía alta: Cesárea ()

Vía baja: Vaginal ()

2. EDAD GESTACIONAL

3. RESULTADO DEL APGAR:

0 - 4 ()

5 - 7 ()

8 - 10 ()

4. EDAD GESTACIONAL: Sem.

5. LIQUIDO AMNIOTICO:

Claro () Verdoso ()

ANEXO 6

Resolución de Designación de Asesor de Tesis



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

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón:V – Block "A", 2do piso – Cayhuayna

Página web: <http://postgrado.unheval.edu.pe>, email: epgunheval@gmail.com



RESOLUCIÓN N° 01814-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 20 de agosto de 2015.

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

CONSIDERANDO

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

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

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

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

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

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

Que con Oficio N° 0105-2015-UNHEVAL-EPG-CENCASALUD SAC/CA. del 30.JUL.15, se da la relación de los participantes para la Asesoría Presencial de Tesis de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia;

Que, con Resolución N° 01676-2015-UNHEVAL/EPG-D. del 06.AGO.15., se designa a la Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio, como asesora del Programa de Asesoría Presencial, de los proyectos de tesis, de los alumnos (as) de la segunda especialidad en obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, de la Sección Tacna;

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

SE RESUELVE:

- 1° **RETIRAR**, de la relación de alumnos a la estudiante del programa de asesoría presencial de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, Sección b Marina **QUISPE MAQUERA**, por lo expuesto en los considerandos de la presente resolución.
- 2° **INCORPORAR**, en la relación de participantes a las obstetras **Edith CARDENAS VINCHA**, **Marizol HUANACUNI QUISPE**, **Isabel Mariana NINAJA RODRIGUEZ** al programa de asesoría presencial de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnostico por Imágenes en Obstetricia, Sección Tacna, la misma que estará integrada por los siguientes alumnos, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:



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



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón:V – Block "A", 2do piso – Cayhuayna

Página web: <http://postgrado.unheval.edu.pe>, email: epgunheval@gmail.com

1. CHURA SARMIENTO, GIOVANA MAGNOLIA
2. MAMANI FURA, MARÍA ELENA
3. ROSAS ALE, LESLIE RITA
4. ALE QUISPE, GLENI GLISEYDI
5. LIENDO CÁCERES, LUZ MARINA
6. SILES PINO, ROSA LUCRECIA
7. CALDERÓN MENDOZA, MARIBEL JACKELINE
8. RAFAEL BERNABE, NERY
9. CÁRDENAS VINCHA, EDITH FACUNDA
10. COHAILA CARRILLO, ANA
11. PARI YUJRA, YANETH ISABEL
12. SARAVIA CORONEL, DELIA MERCEDES
13. ROQUE VANEGAS, MARLENE CONCEPCION
14. ILLANES HUANACUNI, MARITA INES
15. CHOQUE TAPIA, ROSA MARIA
16. AYALA CORI, MARLENI GIOVANA
17. RAMOS CHAMBILLA, LIZETH SABEL
18. DELGADO VELÁSQUEZ, FABIOLA DIANA
19. HUANACUNI QUISPE, MARIZOL
20. DELGADO ZAPATA, ANA PATRICIA
21. PORTUGAL HERRERA, KAREN DIANE
22. CONDORI MACHACA, GLADYS ROSARIO
23. NINAJA RODRIGUEZ, ISABEL MARIANA
24. MINAYA CORRALES, HEYDI KAREN

2° ENCARGAR a la asesora de los Proyectos de Tesis, emitir su informe de acuerdo a los estipulado en el reglamento de la segunda especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia.

3° DAR A CONOCER la presente Resolución a la asesora e interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

Distribución:
Cencasalud
Asesor
Interesada
fac.obst.
Archivo

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Reynaldo M. Ostos Miraval
DIRECTOR

ANEXO 7

Resolución de Proyecto y designación de Jurados



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° 02121-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 28 de Septiembre de 2015.

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

Que, con la Resolución N° 01676-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 06.AGOS.15, se designo como asesora a la **Mg. NANCY ELIZABETH CASTAÑEDA EUGENIO**, de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia – Sección Tacna II;

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

SE RESUELVE:

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

- | | | |
|------|--------------------------------------|-------------|
| 1.1. | Dr. Reynaldo Marcial Ostos Miraval | Presidente |
| 1.2. | Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz | Secretaría |
| 1.3. | Mg. Ibeth Catherine Figueroa Sanchez | Vocal |
| 1.4. | Med. Francisco Javier Vargas Vásquez | Accesitario |

N°	TESISTA	TITULO DE PROYECTO
01	CHURA SARMIENTO, GIOVANA MAGNOLIA	CORRELACIÓN ENTRE PESO FETAL ESTIMADO POR ECOGRAFÍA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO. CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA – TACNA. 2013.
02	MAMANI FURA, MARÍA ELENA	CORRELACIÓN ENTRE PESO FETAL ESTIMADO POR ECOGRAFÍA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO. CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA –TACNA. 2013.
03	ROSAS ALE, LESLIE RITA	INFLUENCIA DEL TEST ESTRESANTE POSITIVO EN EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2012.
04	ALE QUISPE, GLENI GLISEYDI	RELACIÓN ENTRE EL CIRCULAR DE CORDÓN DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFÍA Y EL APGAR AL NACER EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO. TACNA, 2014.



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



05	LIENDO CÁCERES, LUZ MARINA	EL TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO EN RELACIÓN AL APGAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2013.
06	SILES PINO, ROSA LUCRECIA	FACTORES MATERNOS Y PERINATALES EN EL EMBARAZO PROLONGADO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2013 – 2014
07	CALDERÓN MENDOZA, MARIBEL JACKELINE	RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA. 2013.
08	RAFAEL BERNABE, NERY	FACTORES ASOCIADOS CON LA REACTIVIDAD FETAL BASADA EN EL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES DEL CENTRO SALUD CIUDAD NUEVA – TACNA, 2014
09	CÁRDENAS VINCHA, EDITH FACUNDA	CORRELACIÓN ENTRE REACTIVIDAD FETAL BASADA EN EL TEST NO ESTRESANTE Y EL APGAR DEL NEONATO. CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA, 2014.
10	COHAILA CARRILLO, ANA MARLENY	MORBILIDAD MATERNA Y AUSENCIA DE REACTIVIDAD FETAL BASADO EN EL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD INTIORKO DE TACNA, PERIODO JULIO – SETIEMBRE 2014
11	PARI YUJRA, YANETH ISABEL	CORRELACIÓN DE EDAD GESTACIONAL POR FECHA ÚLTIMA DE MENSTRUACIÓN Y ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE. CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA – TACNA, 2014
12	SARAVIA CORONEL, DELIA MERCEDES	FACTORES MATERNOS EN OLIGOHIDRAMNIOS DIAGNÓSTICADAS ECOGRÁFICAMENTE EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, NOVIEMBRE 2013 – OCTUBRE 2014
13	ROQUE VANEGAS, MARLENE CONCEPCION	DETERMINACIÓN ECOGRÁFICA DE LA CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL COMO MEDIDA PREDICTIVA DE MACROSOMIA FETAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA. ENERO – JUNIO 2015.
14	ILLANES HUANACUNI, MARITA INES	FACTORES DE RIESGO MATERNOS EN PACIENTES CON OLIGOHIDRAMNIOS DIAGNOSTICADO ECO-GRÁFICAMENTE EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION – TACNA, 2014
15	CHOQUE TAPIA, ROSA MARIA	RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014.
16	AYALA CORI, MARLENI GIOVANA	RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA. 2014.
17	RAMOS CHAMBILLA, LIZETH SABEL	CORRELACIÓN ENTRE PESO FETAL ESTIMADO POR ECOGRAFÍA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN – TACNA. 2014.
18	DELGADO VELÁSQUEZ, FABIOLA DIANA	CORRELACIÓN ENTRE EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ÚLTIMA MESTRUACIÓN, ECOGRAFÍA Y TEST DE CAPURRO EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL APLAO – AREQUIPA, 2014.
19	HUANACUNI QUISPE, MARIZOL	CORRELACIÓN ENTRE PESO FETAL A TERMINO ESTIMADO POR ECOGRAFÍA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA DE TACNA – 2014.
20	DELGADO ZAPATA, ANA PATRICIA	RELACION DEL ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO Y APGAR BAJO EN RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL II – 1 ILO. MOQUEGUA, 2014 – 2015.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

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



21	PORTUGAL HERRERA, KAREN DIANE	INFLUENCIA DE LA PREECLAMPSIA EN LA RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFÍA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA.
22	CONDORI MACHACA, GLADYS ROSARIO	INFLUENCIA DE LA PREECLAMPSIA EN LA RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFÍA EN EL HOSPITAL HONORARIO DELGADO DE AREQUIPA.
23	NINAJA RODRIGUEZ, ISABEL MARIANA	GRADO DE MADURACIÓN DE LA PLACENTA Y EL APGAR AL NACER EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, DE ENERO DEL 2013 A DICIEMBRE DEL 2014.
24	MINAYA CORRALES, HEYDI KAREN	ÍNDICE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO EN RELACIÓN AL APGAR BAJO DEL RECIÉN NACIDO. DEL HOSPITAL II ESSALUD DE ILO. MOQUEGUA, 2013 - 2015.

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

Regístrese, comuníquese y archívese

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO
Dr. Reynaldo M. Ostos Miraval
DIRECTOR

Distribución:
Jurado
Interesados (24)
Cencasalud
Fac. Obst.
Archivo

ANEXO 8

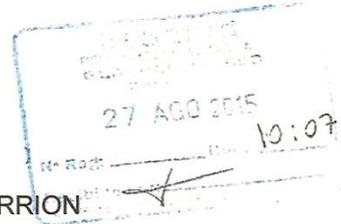
Solicitud de Permiso al Establecimiento de Salud

Tacna, 27 de Agosto del 2015

SOLICITO: Permiso para recopilación de información

Sr.: DIRECTOR DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION

DR. JORGE LOPEZ CLAROS



Yo, ROSA MARIA CHOQUE TAPIA,
identificada con DNI 00472671, Licenciada
en Obstetricia N° de colegiatura: 7390;
domiciliada en San Camilo 940,
Urbanización Vigil.

Con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo sido aprobado mi proyecto "RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014", por ello solicito permiso para recopilación de información.

Que agradeciendo en forma anticipada la atención que se sirva dispensar al presente.

Por lo tanto, ruego a Ud. Acceder mi petición por ser de justicia.

Atentamente

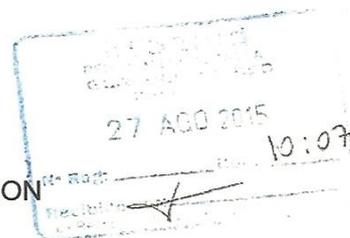

Lic. Obst. Rosa Maria Choque Tapia
GOP 7390

NIT: 1283-2015-1383

ANEXO 9

Autorización del Jefe Inmediato Superior del Establecimiento de Salud

CONSTANCIA



Sr.: DIRECTOR DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION

DR. JORGE LOPEZ CLAROS

El que suscribe deja de constancia que la LIC. ROSA MARIA CHOQUE TAPIA, quien viene realizando su trabajo de tesis denominada 'RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014', para optar el título de SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNOSTICO DE IMÁGENES EN OBSTETRICIA, a través de vuestra universidad Hermilio Valdizan de Huánuco, tiene la autorización de la jefatura del Hospital Daniel Alcides Carrion para la recolección de datos de enero a diciembre del 2014, los que deberán ser utilizados según criterios éticos para fines estrictamente de investigación científica. Se expide constancia, a solicitud de la interesada para los fines que crea conveniente.

Tacna, 02 de Setiembre del 2015

PRU: 4611

Rosa Maria Choque Tapia

Atentamente

[Signature]

<input type="checkbox"/>	CUMPLIMIENTO
<input type="checkbox"/>	OPINIÓN
<input type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO
<input type="checkbox"/>	ABANDONAR
<input type="checkbox"/>	NINGUNO

EL LIC. MARTA LUCAS HUANCÓN
OBSTETRA
C.O.P. 24716

Tacna 2 de Setiembre del 2015

[Signature]

NT: 1283-2015-1383

ANEXO 10

Resolución de Informe Final



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° 02133-2015-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 01 de Octubre de 2015.

Visto, los documentos que se acompañan en once (11) folios;

CONSIDERANDO:

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

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

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

Que, con la Resolución N° 01676-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 06.AGOS.15, se designo como asesora a la Mg. NANCY ELIZABETH CASTAÑEDA EUGENIO, de Tesis de los Alumnos de la Segunda Especialidad en Obstetricia, Mención: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Tacna II;

Que, con la Resolución N° 02121-2015-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 28.SET.15, se designó a los Miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado "RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014", el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Reynaldo Marcial Ostos Miraval, Presidente; Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz, Secretaria; Mg. Ibeth Catherine Figueroa Sánchez, Vocal; y Med. Francisco Javier Vargas Vásquez, Accesitario;

Que, con la solicitud N° 0267297, de fecha 30.SET.15, la Obstetra de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Tacna II, Rosa María CHOQUE TAPIA, solicita se programe la fecha y la hora de la sustentación;

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

SE RESUELVE:

- 1° **FIJAR fecha y hora de sustentación de la tesis titulada: "RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014", a cargo de la Obstetra de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia - Sección Tacna II, Rosa María CHOQUE TAPIA, para el día 03.OCT.2015, a horas 12:40 p.m., en el Auditorio Centro de Salud. La Esperanza - Ciudad Nueva, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.**
- 2° **DAR A CONOCER la presente Resolución a los miembros del jurado y al interesado.**

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Reynaldo M. Ostos Miraval
DIRECTOR

Distribución
Fólder personal
Interesado
Miembros del jurado (3)
Archivo

ANEXO 11

Acta de Aprobación



Año de la diversificación productiva y del fortalecimiento de la educación”
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
Huánuco – Perú
ESCUELA DE POSTGRADO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE ESPECIALISTA

En la ciudad de Tacna siendo las 12:40 p.m., del día 03 de Octubre de 2015 ante el Jurado de Tesis constituido por:

Dr. Reynaldo Marcial Ostos Miraval Presidente
Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz Secretaria
Mg. Ibeth Catherine Figueroa Sanchez Vocal

El aspirante al TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA.

Doña: Rosa María Choque Tapia

Procedió al acto de Defensa:

- Con la expedición de la Tesis titulada: RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA NO ESTRESANTE Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL NIVEL III DANIEL ALCIDES CARRION. 2014.
- 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 del 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 repuestas 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 el Especialista la Nota de 15 (quince) Equivalente a bueno, por lo que se determina Aprobada (Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Tacna, siendo las 13:10 pm Horas de 03 de octubre del 2015

DR. REYNALDO MARCIAL OSTOS MIRAVAL
PRÉSIDENTE
DNI: 22420141:

MG. RUTH LIDA CÓRDOVA RUIZ
SECRETARIA
DNI: 22520276

MG. IBETH CATHERINE FIGUEROA SANCHEZ
VOCAL
DNI: 22499099

ANEXO 12

NOTA BIOGRAFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: ROSA MARAIA CHOQUE TAPIA
DNI : 00472671
Fecha de Nacimiento: 02 – 03 – 1964
Teléfono/Celular : 990802225
Correo electrónico : rosamarich@hotmail.com

ESTUDIOS:

Primaria: I.E. María Ugarteche de Mac Lean
Año de ingreso: 1970
Año de egreso: 1975
Secundaria: I.E. Francisco Antonio de Zela
Año de ingreso: 1976
Año de egreso: 1980
Superior: U.N. de Tacna Jorge Basadre Grohomann
Año de ingreso: 1984
Año de egreso: 1992
Segunda Especialidad: U.N. e Huánuco Hermilio Baldizan
Año de ingreso: 2012
Año de egreso: 2014

GRADOS Y TIULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia: U.N. de Tacna Jorge Basadre
Grohomann en el año 1992.
Título Profesional de Licenciada en Obstetricia U. N. de Tacna Jorge Basadre
Grohomann en el año 1995.

OTROS ESTUDIOS:

Maestría: U.N. de Tacna Jorge Basadre Grohomann en Salud
Publica en el año 2002 -2004.

Diplomado en “Salud Sexual y Reproductiva” 2008 U.N. de Tacna Jorge Basadre Grohmann.

Diplomado en “Proyectos de Inversión en Salud” 2009 en el Colegio de Obstetras.

Diplomado en “Gerencia en Servicios de Salud” 2009 en el Ministerio de Salud.

Diplomado en “Obstetricia Legal” 2011 en el Colegio de Obstetras.

CENTRO/S LABORALES ACTUALES/ES –CARGOS:

P. S. “Vista Alegre” - Obstetra Asistencial –Jefatura.