UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TESIS

VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRAFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACION AL PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD TAMBO EN EL PERIODO ENERO JUNIO 2016

TESISTA: YANET OBREGON QUISPE

ASESOR: Mg. JULIO TUEROS ESPINOZA

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

AYACUCHO– PERÚ

2017

I

VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRAFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACION AL PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD TAMBO

EN EL PERIODO ENERO JUNIO 2016

DEDICATORIA

A mis queridos padres y hermanos, Por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

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

A mi asesor del proyecto de tesis, Mg. JULIO TUEROS ESPINOZA

A las mujeres que formaron parte de este estudio por su valiosa colaboración.

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

INDICE

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
1.1.Fundamentación del problema 3
1.2.Formulación del problema 6
1.2.1.General 6
1.2.2.Específicos 6
1.3.Objetivos 6
1.3.1. General…….. 6
1.3.2. Específicos 6
1.4.Justificación e importancia 8
1.5.Limitación 9
II. MARCO TEÓRICO 10
2.1. Antecedentes 10
2.1.1. Internacionales 10
2.1.2. Nacionales 12
2.2. Bases teóricas 15
2.3. Definición de Términos Básicos 26
III. ASPECTOS OPERACIONALES 28
3.1.Hipótesis 28
3.2.Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores 28
IV. MARCO METODOLÓGICO 29
4.1.Dimensión Espacial y Temporal 29
4.2. Tipo de Investigación 29
4.3. Diseño de Investigación 29
4.4.Determinación del Universo/Población 30
4.5. Selección de la Muestra 30
4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 30
4.7. Técnicas de Procesamiento, análisis de Datos y presentación de datos……. 32
V.RESULTADOS 33
DISCUSIÓN 38
CONCLUSIONES 41
RECOMENDACIONES 42
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 43
ANEXOS 47

RESUMEN

VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRAFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACION AL PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD TAMBO EN EL PERIODO ENERO JUNIO 2016

La investigación fue realizada en el Centro de Salud Tambo, con el objetivo de determinar la validez predictiva del ponderado fetal ecográfico en el tercer Trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de salud Tambo durante el periodo enero -junio. 2016; con un tipo de estudio retrospectivo - transversal que corresponde al diseño no experimental observacional desarrollado durante el periodo de enero a junio de 2016; la muestra estuvo constituida por 42 gestantes con embarazo del tercer trimestre que acudieron a la ecografía programados y fueron seleccionadas por muestreo no probabilístico. La técnica empleada fue la documental y se utilizó una ficha de recolección de datos validada por la opinión de cinco jueces; los principales resultados son: del 100.0% (42) de ponderado fetal ecográfico del tercer trimestre del embarazo el 95.2% (40) tuvieron peso normal y el 4.8% peso patológico (≤ 2499). Peso del recién nacido mediante la medición por la balanza Pediátrica nos muestra que del 100.0% (42) de recién nacidos, el 92.9% (39) tuvieron peso normal y el 7.1% peso patológico (≤ 2499). Concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso de Recién Nacido medido con la balanza la prueba de independencia de Chi Cuadrado nos indicó que existe dependencia entre el peso de ponderado fetal ecográfico con el peso del recién nacido ($P<0.05$). La Sensibilidad: es de 66.67% de recién nacidos con peso patológico (bajo peso) fueron diagnosticados adecuadamente, la especificidad es del

100.0% de casos de recién nacidos diagnosticados con peso normal, valor predictivo positivo la proporción de pacientes con la prueba diagnóstica positiva que efectivamente tienen la condición de bajo peso el 100.0% de recién nacidos con pesos patológicos, valor predictivo negativo: la probabilidad de que el individuo no tenga la condición en estudio luego de que el test es negativo, en este caso resultó el 97.5% de recién nacidos no tuvieron pesos patológicos. la valoración por el índice de Kappa es (Kappa=0.7879) una buena concordancia.

Palabras claves: peso fetal, ponderado fetal, validez predictiva

SUMMARY

PREDICTIVE VALIDITY OF THE FETAL WEIGHTED ECOGRAFIC IN THE THIRD QUARTER OF PREGNANCY IN RELATION TO THE WEIGHT OF THE NEWBORN IN THE TAMBO HEALTH CENTER IN THE PERIOD JANUARY JUNE 2016

The research was conducted at the Centro de Salud Tambo, with the aim of To determine the predictive validity of fetal ultrasound weights in the third trimester of pregnancy in relation to the weight of the newborn. Health center Tambo during the period January-June. 2016; With a type of retrospective - transversal study that corresponds to the non - experimental observational design developed during the period from January to June of 2016; The sample consisted of 42 pregnant women with third trimester pregnancies who came to the ultrasound program and were selected by non-probabilistic sampling. The technique used was the documentary and a data collection form validated by the opinion of five judges was used; The main results are: of the 100.0% (42) fetal ultrasound weighted in the third trimester of pregnancy, 95.2% (40) had normal weight and 4.8% of pathological weight (≤ 2499).Weight of the newborn through measurement by the Pediatric Balance shows that of 100.0% (42) of newborns, 92.9% (39) had normal weight and 7.1% of pathological weight (≤ 2499). Concordance between the fetal ultrasound weight and the weight of Newborn measured with the balance the test of independence of Chi Square indicated that there is a dependence between the weight of fetal ultrasound with the weight of the newborn (P <0.05). The sensitivity: is 66.67% of neowborns with pathological weight (underweight) were adequately diagnosed, the specificity is 100.0% 0f newborns diagnosed with normal weight, positive predictive value

the proportion of patients with positive diagnostic test 100.0% of newborns with pathological weights, negative predictive value: the probability that the individual does not have the condition under study after the test is negative, in this case the result was 97.5% of newborns had no pathological weights. The Kappa index score is (Kappa = 0.7879) a good concordance.

Key words: fetal weight, fetal weighted, predictive validity. Did not get any results.

INTRODUCCIÓN

Para el cálculo del peso fetal existen muchas fórmulas que se basan en la Medición de la biometría fetal. La primera, publicada por Warsof y Shepard que utilizaron el diámetro biparietal (DBP) y perímetro abdominal (PA), más tarde Hadlock incorpora la longitud del fémur (LF) y sustituye el diámetro biparietal (DBP) por la circunferencia cefálica (CC), el ilminando los errores atribuibles a variaciones de la morfología de la cabeza fetal, obteniendo así una mejor predicción del peso fetal, siendo ésta última actualmente la más utilizada a nivel mundial. Sin embargo, algunos studios realizados reportan que el ultrasonido tiene un error absoluto de 8.1 a 12%, y éste, tiene mejor pronóstico para estimar los pesos fetales, el peso fetal es un indicador de la muerte perinatal, nos permite conocer el estado de la madre como del feto, por eso su importancia se ha desarrollado una tecnología como es la Ecografía para predecir, determinar complicaciones como son la macrosomía, restricción de crecimiento y determinar la manera más conveniente para terminar el embarazo, prevenir las complicaciones del recién nacido durante el parto y el Puerperio. Además promover el conocimiento en la aplicación.

La presente investigación surge de la formulación de las siguientes interrogantes generales y específicas respectivamente: ¿Cuál es la validez predictivo del ponderado fetal ecográfico en el tercer Trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de salud Tambo enero - junio. 2016? ¿Cuál es el ponderado fetal ecográfico en el tercer trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de salud Tambo

enero Junio. 2016? ¿Cuál es el peso del Recién Nacido mediante la medición por la balanza Pediátrica? ¿Cuál es la concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso de Recién Nacido medido con la balanza pediátrica? Se planificó una investigación de nivel relacional y con el objetivo de Determinar la validez predictivo del ponderado fetal ecográfico en el tercer Trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de salud Tambo enero - junio. 2016.; se precisaron las siguientes variables de estudio: Variable de Independiente Ponderado fetal medido por la ecografía Teniendo como variables dependientes Peso del Recién Nacido medido por la Balanza Pediátrica, las que fueron operacionalizadas con el propósito de alcanzar los objetivos. Este estudio se ha organizado en tres capítulos: Capítulo I Planteamiento del problema, Capitulo II Marco Teórico, Capítulo III Aspectos operacionales y Capítulo IV Marco metodológico, Capítulo V Resultado y Discusión, seguido de las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

En el ámbito mundial los estudios sobre la eficacia del ultrasonido en la predicción del peso al nacer estimado por ultrasonografía es considerado hoy el mejor predictor del crecimiento fetal, permitiendo diagnosticar oportunamente patrones de crecimiento fetal normales y anormales; sin embargo, otros autores pone en duda la validez de la técnica del cálculo del peso fetal por ultrasonido, debido a que este cálculo mediante fórmulas habituales en fetos grandes produce una sobrevaloración del 3% al 4%. (1)

La predicción del peso fetal mediante la ecografía constituye un método confiable, no invasivo, de fácil aplicación y con un coeficiente de correlación concordancia moderado para predecir el peso neonatal inmediato en embarazos a término. La monitorización del peso fetal es un componente estándar en el cuidado prenatal, dado que anormalidades en el crecimiento fetal son asociadas con incremento en el riesgo de resultados obstétricos y perinatales adversos. (2)

Para predecir del peso fetal existen muchas fórmulas que se basan en la medición de la biometría fetal. La primera, el diámetro biparietal y perímetro abdominal, más tarde Hadlock incorpora la longitud del fémur y sustituye el diámetro biparietal por la circunferencia cefálica, eliminando los errores atribuibles a variaciones de la morfología de la cabeza fetal, obteniendo así una mejor predicción del peso fetal, siendo ésta última actualmente la más

utilizada a nivel mundial (3) . Sin embargo, algunos estudios realizados reportan que el ultrasonido tiene un error absoluto de 8.1 a 12%, y éste, tiene mejor pronóstico para estimar los pesos fetales menores de 2,500 g. (4)

El peso para la edad gestacional es variable que se asocia estadísticamente con la morbilidad y mortalidad perinatal. La mortalidad perinatal, son importantes indicadores de nivel de desarrollo y de la atención medica de un país. Un editorial reciente señalo que de 130 nacimientos anuales en el mundo, cerca de 4 millones mueren en el periodo neonatal.

El ultrasonido permite la predicción del peso con un intervalo de confianza del 95 %. Es importante conocer con anticipación el peso fetal porque permite incrementar las probabilidades de sobrevivir que tiene el RN (5)

Por lo tanto, se ha demostrado que el cálculo del peso fetal por ultrasonido realizado por manos expertas y en el transcurso de una semana antes del parto, se obtiene un peso fetal estimado con un margen de error del 10% del peso al nacer en el 74% de los casos. Análogamente, (6) compara biometrías de la población general al azar con las publicadas por Hadlock, (7) encontrando diferencias estadísticamente significativas ya que los fetos desaceleran su crecimiento en las últimas semanas de gestación, lo que contradice Cornejo (8) en su estudio con pacientes de bajo riesgo, al decir que no hay diferencia significativa entre el peso calculado por ecografía y el peso real del recién nacido. (7)

En chile, en la actualidad las muertes neonatales son responsables de más de 65% de muertes en menores de 1 año. Siendo las mayores causas de

muerte el parto pre término bajo peso (28%) las infecciones severas (26%), y la asfixia (23%). (9)

Es indispensable conocer la proporción del recién nacido con bajo peso (< 2.500 g) y de aquellos con peso menos de 1500 g o de muy bajo peso. Por otro lado en neonato macrosómico representa un problema por el riesgo que implica su nacimiento, por ello es necesario conocer sus factores predictivos y trazar estrategias de control prenatal que vigilen parámetros incidentes en su nacimiento (5)

Así mismo En los estudios realizados en nuestro país el cálculo del peso fetal, determinado por ultrasonido, es muy importante, porque permite informar el estado nutricional, tamaño del feto, alteraciones del crecimiento y ayudar a tomar decisiones sobre la vía del parto. (10)

Se han realizado algunos estudios en la valoración de la sensibilidad y especificidad del estudio por ultrasonido o ecografía, pero poco se escribe del valor predictivo. En la carencia de datos, en nuestro medio, pero no se ha llevado estudios similares por lo se plantea sobre cuál es la capacidad de estudio por ultrasonido en gestantes a término en el Centro de Salud Tambo.

Teniendo en cuenta todo lo mencionado me formulé las siguientes preguntas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1.- Problema General

¿Cuál es la validez predictiva del ponderado fetal ecográfico en el tercer Trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de Salud Tambo enero - junio. 2016?

1.2.2. Problema específico

¿Cuál es el ponderado fetal ecográfico en el tercer trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de Salud Tambo enero – Junio 2016?

¿Cuál es el peso del Recién Nacido mediante la medición por la balanza Pediátrica?

¿Cuál es la concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso de Recién Nacido medido con la balanza pediátrica?.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la validez predictiva del ponderado fetal ecográfico en el tercer Trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de Salud Tambo enero - junio. 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Identificar el número del ponderado fetal ecográfico del tercer trimestre del embarazo.

2. Identificar el peso del Recién Nacido mediante la medición por la balanza Pediátrica.
3. Conocer la concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso de Recién Nacido medido con la balanza pediátrica.

1.4. Justificación e importancia

El cálculo o estimación del peso fetal en obstetricia es muy importante porque nos permite evaluar el tamaño fetal, estado nutricional del feto, trastorno del crecimiento, etc. Además, en determinados casos es de vital importancia conocer el peso fetal para proyectarnos a la posible vía del parto.

La correcta estimación del peso fetal por ecografía permite evaluar la edad gestacional y el examen pélvico de la madre, son evaluaciones importantes durante el manejo del trabajo de parto, puesto que influyen en la toma de decisiones con respecto a la vía de finalización de la gestación, ya sea parto vaginal o parto por cesárea, en el contexto de sospecha alteraciones del peso fetal como feto pequeño para la edad gestacional o macrostomia fetal.

A lo largo de los años, el peso fetal estimado se ha incorporado a la rutina estándar de la atención del parto tanto en embarazos de bajo riesgo como en el manejo de embarazos con problemas médicos asociados como la diabetes y los trastornos hipertensivos del embarazo.

El peso es el factor más importante que condiciona la morbilidad neonatal, por lo cual estimar el peso fetal ha sido importante para el obstetra pues de esta forma se puede prevenir los riesgos asociados a la prematurez, evaluar la desproporción cefalopélvica y elegir la vía de terminación del embarazo.

Teóricamente el estudio permitirá aportar a la ciencia la validez predictiva del peso del feto por ecografía del tercer trimestre con el peso del recién nacido, para verificar la concordancia en ambos y así poder apreciar la confiabilidad del examen ecográfico. Así la investigación aportará en la mejora de la salud

materna neonatal, ya que los profesionales en ecografía podrán ampliar más conocimiento sobre la comparación del peso fetal intrauterino y el peso al momento del nacimiento, así permitirán fortalecerse bridando un aporte para el centro de Salud Tambo en el que se realizará la investigación, ya que hasta el momento no se ha realizado ningún estudio similar.

1.5. Limitaciones

- No todas las gestantes del tercer trimestre se realizaron la ecografía por lo cual las historias clínicas estuvieron incompletas y no se pudo recopilar la información
- La población de estudio es dispersa y pequeña por lo cual se tuvo limitaciones para completar la muestra
- Limitaciones en los Informes ecográficos por que presentaron datos incompletos, letra ilegible y a veces sin firma del profesional que lo realizó la ecografía.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

En el **año 2013, los investigadores *María Jesús Teva G. et al,*** *realizaron una investigación denominada: "Análisis* de la tasa de detección de fetos macrosómicos mediante ecografía" en la Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario San Cecilio, Granada. España. Con el objetivo de Analizar las tasas de detección de fetos macrosómicos mediante biometría ultrasonografía, desarrollaron un estudio retrospectivo de casos-controles. Se analizaron gestaciones únicas a término, comparando peso fetal estimado ecográfico con el peso del recién nacido (RN). Se incluyeron 200 casos (criterio de inclusión: peso del RN >4.000 g) y 100 controles (criterio de inclusión: peso del RN 3.000-4000 g). Encontrando los siguientes *Resultados:* La incidencia de macrosómicas fue del 7,5%. El error medio en la estimación de peso fetal en los macrosómicas fue de 577 g. El error medio en el grupo control fue 206,6 g, diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$). (11)

En el año 2013, Becerra Pino Iván Oliver, realizó una investigación denominada "correlación y concordancia entre el peso fetal estimado por ecografía y el peso real obtenido por bascula de los recién nacidos a término en el hospital Vicente Corral Moscoso- Ecuador, con el objetivo de determinar la correlación y la concordancia entre el peso fetal estimado con

ecografía y el peso obtenido al nacer, desarrollaron un estudio descriptivo observacional y transversal, encontrando los siguientes resultados que el índice de correlación entre el peso fetal estimado y el peso real fue de 0,726 con un margen de error de 4 % . El análisis de regresión lineal expresa que por cada gramo obtenido en el ecógrafo, el peso real se incrementó en un 0.81 gr**.** (5)

En el año 2010, los investigadores Ferreiro RM y et al, realizaron una investigación denominada: “eficacia de distintas fórmulas ecográficas en la estimación del peso fetal a término, con el objetivo de identificar la eficiencia de distintas fórmulas para la estimación del peso fetal en el embarazo a término” en la ciudad de Habana –Cuba, desarrollaron un estudio prospectivo, descriptivo, encontrando los siguientes resultados, la edad gestacional era de 40,4 semanas, el peso del recién nacido fue 3 540 g, la ecografía se realizó 5 días antes del nacimiento. Se demuestra que la fórmula más eficaz fue la de *Campbell* con una diferencia de 29,75 g con relación al peso del recién nacido, una sensibilidad del 91,3 % una especificidad del 68,4 %, valor predictivo positivo del 91 % y valor predictivo negativo de 68,4 %, concluyendo que la fórmula de *Campbell* fue la de mayor sensibilidad y valores predictivos positivo y negativo, pero resultó la de menor especificidad comparada con *Hadlock.* (12)

En el año 2014, los investigadores Vega Forero Diana I, et al, realizaron una investigación denominada: “Coeficiente de concordancia del peso fetal estimado por el método de Johnson y Toshach y el peso de neonatos nacidos en un hospital público de Bogotá”, con el objetivo:

Determinar la confiabilidad de la estimación del peso fetal por método clínico de Johnson y Toshach con el peso neonatal inmediato, tipo de estudio observacional de concordancia diagnóstica y corte transversal. Encontrando los siguientes resultados, el coeficiente de correlación concordancia entre el peso fetal estimado por el método de Johnson y Toshach y el peso neonatal inmediato en embarazos a término fue de 0.62 (IC 95% 0.53 – 0.70). La estimación del peso fetal por el método clínico de Johnson y Toshach no se modificó ni tuvo cambios relevantes al realizar el análisis de acuerdo al IMC final, Se encontró que tiende a sobreestimar el peso fetal en embarazos pre términos. Concluyeron: La predicción del peso fetal mediante la técnica de Johnson y Toshach constituye un método confiable, no invasivo, de fácil aplicación y con un coeficiente de correlación concordancia moderado para predecir el peso neonatal inmediato en embarazos a término. (2)

2.1.2. Nacionales

En el año 2009, los investigadores, Rojas Camayo José, Miguel Garay, et al, realizaron una investigación denominada: Propuesta de un nuevo puntaje para optimizar estimados ecográficos de peso fetal, en Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú. Con el objetivo de determinar la precisión del estimado ecográfico del peso fetal mediante un puntaje basado en parámetros clínicos, ecográficos y maternos, desarrollaron un estudio de tipo transversal, observacional, prospectiva, encontrando los siguientes resultados: El nuevo puntaje tuvo un buena capacidad de discriminación de las ecografías, según su variación a ±10% del peso real (área bajo la curva ROC: 0,76 p<0,001). Según los puntajes

obtenidos, se obtuvo tres grupos: rendimiento alto 20%, rendimiento convencional 44,4% y rendimiento bajo 71,2%. (13)

En el año 2014, los investigadores Rodríguez Castañeda, Cristian y et al, realizaron una investigación denominada “Comparación del método de Johnson-Toshach y la ultrasonografía para estimar el ponderado fetal en gestantes a término asistidas en el Hospital Regional de Cajamarca”, con el objetivo de comparar el método de Johnson Toshach y la ultrasonografía en la estimación del ponderado fetal, desarrollaron un estudio descriptivo, comparativo, prospectivo, longitudinal, encontraron los siguientes resultados. En fetos macrosómicos, la sensibilidad de la ultrasonografía fue significativamente superior a la del método de Johnson-Toshach (75% versus 62,5%, p=0,013). En fetos con peso normal, el método de Johnson-Toshach fue significativamente más sensible que la ultrasonografía (98% versus 89,3%, p=0,016). En fetos con peso bajo, la ultrasonografía tuvo mejor sensibilidad que el método de Johnson-Toshach (57,8% versus 51,2%), pero la diferencia no fue significativa (p=0,238), concluyendo que el ponderado fetal estimado por el método de Johnson-Toshach fue más exacto que la ultrasonografía en gestantes entre 37 y 41 semanas de gestación, para fetos con pesos entre 2 501 y 3 999 g. (14)

En año 2014, Aracca Alcos Francisco, realizó una investigación denominada “Valor predictivo del ultrasonido en el diagnóstico de macrosomía en gestantes a término, en la Unidad de Medicina Fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal”, con el Objetivo de realizar la evaluación del valor predictivo del ultrasonido en el diagnóstico de macrosomía fetal, en gestantes entre las 37 y 41 semanas. Tipo de estudio

descriptivo, analítico, transversal, retrospectivo, consistió en contrastar los datos obtenidos de las estimaciones ecográficas de fetos con los pesos de los recién nacidos de la base de datos de gestantes evaluadas en la "unidad de medicina fetal", seleccionaron a las mujeres con embarazos únicos, entre las 37 y 41 semanas, que tenían macrosomía y las que no tenían macrosomía por ultrasonido. Al final del embarazo por parto vaginal o cesárea, compararon las estimaciones con el peso del recién nacido. Se calcularon el valor predictivo, la sensibilidad y especificidad de la ultrasonografía. Encontrando los siguientes Resultados: Un total de 840 pacientes participaron en este estudio. El valor predictivo positivo del ultrasonido para predecir el peso al nacer de 4000g o más fue de 71 %, con una sensibilidad del 77 % y una especificidad del 94%. (15).

En año 2012, Gutierrez Cortéz, Edgar Agustin realizó una investigación denominada "eficacia del ultrasonido para el diagnóstico de bajo peso fetal en gestantes a término en el Hospital de apoyo Chepén" con el Objetivo de determinar la eficacia del ultrasonido en el diagnóstico de bajo peso fetal en gestantes a término en el Hospital de apoyo Chepén" durante el periodo enero 2009 – diciembre 2012. Tipo de estudio descriptivo, analítico, retrospectivo. Encontrando los siguientes Resultados: que existe una asociación estadísticamente significativa entre el ponderado fetal ecográfico por ultrasonido, la sensibilidad fue de 91.19% (IC: 87.98- 94.40), Especificidad fue de 80.34% (IC: 75.80- 84.889). Valor predictivo Positivo = 82.26% (IC: 78.12- 86.40) y el valor predictivo negativo = 90.11% (IC: 86.50- 93.72).

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. Ponderado fetal ecográfico

La determinación del peso fetal durante la gestación es de suma importancia y constituye la base para diagnosticar alteraciones ponderales como la macrosomía, así mismo es método ideal para la valoración del peso fetal, ya que con esta es posible estimar varias medidas fetales, proporción y masa del feto. Sin embargo, en muchos centros de atención obstétrica no se cuenta con ecógrafos. Además, estos requieren de una preparación especializada del médico y obstetra que los realiza y de una infraestructura especifica. Por lo anterior, se han ideado métodos clínicos para calcular el peso fetal antes del parto. (2)

La estimación del peso fetal es necesaria en obstetricia, este parámetro representa un importante factor de pronóstico para la morbimortalidad materna y neonatal. La actitud a tomar frente a cada caso se debe individualizar en función de otros datos tales como la paridad previa, la progresión del parto y las características maternas. (16) Así mismo la ultrasonográfico el tercer trimestre se puede emplear en una variedad de circunstancias durante el embarazo como por ejemplo después de las complicaciones clínicas, o si se considera que el feto presenta factores de riesgo importantes que se asocian con detección del crecimiento o con bajo peso al nacer. (17)

La predicción del peso fetal mediante estimación clínica y materna no presenta mejores resultados que las estimaciones ultrasonografías. Las

últimas estimaciones por ultrasonografía 3D o la resonancia magnética parecen presentar resultados prometedores, pero su uso en la práctica clínica está muy limitado por su alto costo y su menor disponibilidad, siendo la estimación mediante ultrasonido 2D el método más estudiado y utilizado. A pesar de los avances tecnológicos y de la experiencia adquirida, la ultrasonografía sigue presentando limitaciones importantes. En las últimas décadas, múltiples autores han presentado distintas fórmulas mediante las cuales se busca predecir el peso fetal a partir de distintos parámetros fetales, pero no hay ninguna universalmente aceptada. (17)

Para el cálculo de peso fetal existen muchas fórmulas que se basan en las mediciones de la biometría fetal. La primera publicada es de Warsof y Shepard, que utilizaron el diámetro biparietal (DBP) y perímetro abdominal (PA) más tarde Hadloch incorpora la longitud del fémur (LF) y sustituye el diámetro biparietal por la circunferencia cefálica, eliminando los errores atribuidos a variaciones de la morfología de la cabeza fetal, obteniendo así una mejor predicción del peso fetal. (1) y la fórmula que tiene un menor error medio corresponde a una de las propuestas por Hadlock, con un valor de 7,78%. Este error medio, expresado en gramos, ha resultado ser menor de 300 g en 10 de las fórmulas analizadas. Para el caso un error medio se correspondía con 273 g, con mayor porcentaje de estimaciones validas resulto´ (70,8%), al igual que la fórmula de Aoki. Pudiendo llegar con ajustes a un 87,5% de estimaciones válidas. (12)

2.2.2. Ecografía obstétrica

La ecografía obstétrica sirve para confirmar el embarazo y su ubicación intra o extrauterina, controlar el desarrollo normal del feto, estimar su peso y

también muestra dónde está implantada la placenta. Es un procedimiento ampliamente utilizado en el embarazo normal y es sumamente útil en embarazos complicados por alguna enfermedad. (18)

Se pueden realizar ecografías a la gestante durante todo el embarazo para el diagnóstico de muchas patologías como miomas uterinos, quistes de ovario, problemas renales y de aparato digestivo (18)

También puede diagnosticar la ovulación y concepción, embarazo ectópico, embarazo interrumpido, embarazo múltiple, edad gestacional en mujeres con ciclos irregulares, anomalías congénitas (realizando una ecografía en la semana 12 a 14 donde se podrían detectarse alteraciones a nivel del tubo neural, del riñón y aparato urinario, malformaciones gastrointestinales y defectos de cierre de la piel o pared abdominal del bebé).También puede ser utilizada como control del bienestar fetal cuando no crece adecuadamente en el ambiente intrauterino. También se la utiliza como control de la irrigación fetal mediante un estudio especial denominado ecodoppler que permite medir el flujo sanguíneo del útero y la circulación de las grandes arterias fetales y los vasos del cordón umbilical (18)

En el diagnóstico de trastornos obstétricos y ginecológicos destacan los siguientes: embarazo múltiple, oligohidramnios, embarazo intrauterino, embarazo en el primer trimestre con quiste ovárico, amenorrea debida a múltiples quistes ováricos, ruptura de quiste ovárico, embarazo ectópico, fibromas uterinos y retención de productos de la concepción. (18)

2.2.3. Diagnóstico de la Ecografía en el III Trimestre

Edad Gestacional (Biometría Fetal):

- Hallando diámetro biparietal, circunferencia cefálica, circunferencia abdominal, longitud de fémur.

- De esta la más inexacta tal vez es la CA por posible ascitis.
- En embarazo tardío, donde la mujer desconoce su última fecha menstrual llego al tercer trimestre, la biometría no es confiable al 100%.
- En el segundo y tercer trimestre del embarazo, el feto ha crecido lo suficiente para visualizar desarrollos anatómicos remarcablemente.
- En él, se puede medir muchas estructuras durante este periodo, pero las medidas básicas fetales para estimar la edad gestacional son: DBP, CC, CA, Y LF.

2.2.4. Ultrasonido Obstétrico

La introducción de la ecografía en el campo obstétrico por Lan Donald y colaboradores en 1958, supuso uno de los hitos más importantes de la nueva medicina. Por primera vez fue posible obtener información acerca del feto y su entorno a través de un método no invasivo y seguro. En el momento actual entre el 60 y 100 % de las embarazadas son sometidas al menos a una exploración ecográfica en el período antenatal. Los recientes avances científicos en tecnología y una mayor experiencia con esta técnica han conseguido aumentar la calidad del conocimiento de la fisiología fetal.

Las imágenes por ultrasonido, también denominadas exploración por ultrasonido o ecografía, suponen exponer parte del cuerpo a ondas acústicas de alta frecuencia para producir imágenes del interior del organismo. Los exámenes por ultrasonido no utilizan radiación ionizante (rayos x). Debido a que las imágenes se capturan en tiempo real, pueden mostrar la estructura y el movimiento de los órganos internos del cuerpo, como así también la sangre que fluye por los vasos sanguíneos. (19)

Las imágenes son; en general pruebas clínicas no invasivas que ayudan a que los médicos diagnostiquen y traten las enfermedades. El ultrasonido

obstétrico presenta imágenes de un embrión o feto dentro del útero de una mujer.

El ultrasonido obstétrico es un examen clínico que resulta útil para:

- Estimar el tiempo de gestación del embarazo.
- Establecer la presencia de un embrión o feto.
- Determinar si hay embarazos múltiples
- Diagnosticar anormalidades congénitas del feto.
- Evaluar la posición del feto.
- Evaluar la posición de la placenta.
- Determinar la cantidad de líquido amniótico alrededor del bebé.
- Evaluar el crecimiento fetal.
- Evaluar el bienestar fetal. **(20)**

2.2.5. Procedimiento de la toma de ecografía en el tercer trimestre

Las imágenes por ultrasonido están basadas en el mismo principio que se relaciona con el sonar utilizado por los murciélagos, barcos y pescadores. Cuando una onda acústica choca contra un objeto, rebota, o hace eco. Al medir estas ondas causadas por el eco es posible determinar la distancia a la que se encuentra el objeto así como su forma, tamaño, consistencia (si es que se trata de un objeto sólido, que contiene fluidos, o ambos). (21)

En un examen por ultrasonido, un transductor envía las ondas acústicas y registra las ondas causadas por el eco. Al presionar el transductor contra la piel, dirige dentro del cuerpo pequeñas pulsaciones de ondas acústicas de alta frecuencia e inaudibles. A medida que las ondas acústicas rebotan de los órganos, fluidos y tejidos internos, el micrófono sensible del transductor registra los cambios mínimos que se producen en el tono y dirección del sonido. Una computadora mide y muestra estas ondas de trazo en forma

instantánea, que a su vez crea una imagen en tiempo real en el monitor. Uno o más cuadros de estas imágenes en movimiento típicamente se capturan como imágenes estáticas. El movimiento del embrión o el feto y los latidos del corazón se pueden observar como una película de ultrasonido continua. (20)

Requisitos para realizar un estudio ecográfico

- Posición para el examen en decúbito supino.
- Vejiga llena como requisito básico en los primeros meses del embarazo ya que permite el paso de los ultrasonidos a través de ella y además rechaza las asas intestinales y su contenido gaseoso.
- En la ecografía obstétrica realizada en el último trimestre debe ser con la vejiga vacía para poder observar los parámetros del feto, la anatomía fetal y sus anexos y hasta las patológicas.

2.2.6. Beneficios de la ecografía del tercer trimestre

- No se han demostrado efectos perjudiciales para la madre ni para el feto, ya que los equipos de ecografía diagnóstica están diseñados para evitar que se deposite energía calórica en el feto ni en la madre. (5)
- Nuestro conocimiento de la anatomía fetal normal tal como se visualiza en las ecografías continúa siendo un área de considerable crecimiento.
- Permite detectar las distocias funiculares en el tercer trimestre
- La ecografía no emplea radiaciones ionizantes por lo que no se radia ni a la madre ni al feto.
- La edad gestacional depende de los parámetros que se disponga puesto que la precisión de 2 o más medidas es similar.
- utilizar los criterios ecográficos hasta la semana 26 de gestación y la FUR (si se recuerda) a partir de entonces.

2.2.7. Medidas Antropométricas del ponderado fetal ecográfico en el Tercer trimestre.

- **Diámetro Biparietal (DBP):** Es el diámetro transversal más grande de la cabeza que se extiende desde el borde externo de la pared proximal de la calota, hasta el borde interno de la pared de la calota interna hasta la otra y atraviesa el tercer ventrículo y el tálamo. (5) En el tercer trimestre nos sirve para Determinar la edad gestacional al igual que la longitud de fémur, suelen ser más precisos, y utilizan otras combinaciones para estimar el peso fetal. En muchos casos el diámetro biparietal es la medida más fácil y reproducible para obtener precisión, y tiene una variación de solo más o menos siete a diez días. Si hay braquicefalia o dolicocefalia el diámetro biparietal es impreciso, entonces la circunferencia cefálica suele ser más fidedigna después de las catorce semanas. La longitud femoral y humeral tiene una relación firme con el diámetro biparietal y la edad gestacional. (17)
- **Diámetro de Longitud De Fémur (LF):** La medición se efectúa con el transductor alineado con el eje longitudinal del hueso, en condiciones ideales, con el haz perpendicular a la diáfisis. La variación en la medida de la longitud femoral es de siete a once días, en el segundo trimestre. Diversos estudios indican acerca de variabilidad es uniforme a lo largo del segundo y tercer trimestre de gestación lo que significa que la longitud del fémur es tan precisa para determinar la edad en semana 40. (5).
- **Circunferencia o perímetro cefálico (CC):** En la misma imagen del DBP se traza por fuera del cráneo (tabla externa).

- **Circunferencia o perímetro abdominal (CA):** Se utiliza para detectar trastornos del crecimiento fetal en un corte transversal del feto, lo más redondeado posible, cuando penetra en el hígado la rama izquierda de la porta, utilizando el perímetro por la zona cutánea. (5)

Entre las principales fórmulas de regresión para obtener el peso estimado del feto por ecografía están las fórmulas de Hadlock, que son usadas en Norteamérica, las de Campbell, Shepard y Warsof, en Gran Bretaña y la de Merz en Alemania. (22). La tabla propuesta por Hadlock; son registrados en la mayoría de los ecógrafos y son toamados como datos estándares médicos en milímetros como se muestra en el siguiente cuadro. (23)

EDAD GESTACIONAL	DBP	C.C	C.A	LF
	P 50	P 50	P 50	P 50
15	30	110	86	17
16	34	124	99	20
17	37	138	112	24
18	41	151	125	27
19	44	164	137	30
20	47	177	150	33
21	50	189	162	35
22	53	201	174	38
23	56	213	185	41
24	59	224	197	44
25	62	235	208	46
26	64	246	219	49
27	67	256	230	51
28	70	266	240	54
29	72	275	251	56
30	75	284	261	58
31	78	293	271	60
32	81	301	281	62
33	82	308	291	64
34	85	315	300	66
35	86	322	309	68
36	88	328	319	70
37	90	333	327	72
38	92	338	336	74
39	94	343	344	75
40	95	346	353	76

2.2.8. Recién nacido: es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre independientemente de la duración del embarazo, de un producto de concepción, que después de la dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida (palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos. etc.).

Cada producto de un nacimiento que reúna estas condiciones se considera como un recién nacido vivo, independientemente de la edad y del peso al nacimiento. Sin embargo la OMS recomendó incluir un criterio de viabilidad por lo varios países consideraron que para fines estadísticos, los recién nacidos vivos son aquellos que cumplan con dicha definición y que tienen un peso igual o mayor de 500gr. (5)

2.2.9. Peso al Nacer

El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. (16) el peso fetal esta dependiente del grado de nutrición de la madre durante el embarazo, el crecimiento normal del concebido (embrión/ feto) resulta de la división y crecimiento celular. Sin interferencias, dando como resultado un recién nacido sano y a término en el cual se ha expresado totalmente su potencial genético. El peso del recién nacido se ha constituido en una de las variables predictivas de la Morbilidad y la Mortalidad Infantil. Cuanto menor es el peso, mayor es la probabilidad de morir durante el primer año de vida, siendo el bajo peso al nacer el mayor determinante de la mortalidad en este grupo poblacional y el responsable del 66 % de todas las muertes neonatales. Una de las variables antropométricas más utilizadas para evaluar el crecimiento fetal es el peso al nacer y una tabla que

relacione éste con la edad gestacional en ese momento, permite la clasificación de los recién nacidos según los percentiles. (24)

Clasificación de acuerdo al peso del nacimiento	
Punto de corte	**Clasificación**
< 1000 gramos	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499	Bajo peso al nacer
De 2500 a 3999 gramos	Normal
> 4000 gramos	Macrosómico

2.2.10. Peso fetal mediante la ecografía del tercer trimestre

Es posible hacer una estimación aproximada de su peso. Para ello existen diferentes fórmulas, las más habituales tienen en cuenta la medida del diámetro biparietal (DBP), la circunferencia del abdomen (CA) y la longitud del fémur (LF). Se trata por tanto de una estimación. El margen de error puede llegar a ser de más menos del 15 al 20 por ciento. El peso estimado se compara con tablas de referencia que nos dan el percentil o la desviación estándar sobre el peso teórico. (16) Por ejemplo: recién nacidos grandes, los que se encuentran por encima del percentil 90 o recién nacidos pequeños, los que se hallan por debajo del percentil 10. (24)

Peso fetal estimado a partir de la semana 20 de embarazo

SEMANAS DE EMBARAZO	**PESO FETAL ESTIMADO (EN GRAMOS)**		
	P10	P50	P90
20	275	331	387
21	331	399	467
22	398	478	559
23	471	368	665
24	556	670	784
25	652	785	918
26	758	913	1068
27	876	1055	124
28	1004	1210	1416
29	1145	1379	1613
30	1294	1559	1824
31	1453	1751	2049
32	1621	1953	2285
33	1794	2162	2530
34	1973	2377	2781
35	2154	2595	3036
36	2335	2813	3291
37	2513	3028	3543
38	2686	3236	3786
39	2851	3435	4019
40	3004	3619	4234

2.3. Definición de Términos Básicos

Validez predictiva: La validez predictiva implica probar a un grupo de sujetos para un determinado constructo y luego compararlos con los resultados obtenidos en algún momento posterior.

Concordancia: Los estudios de concordancia abarcan una amplia gama de diseños relacionados entre sí que se utilizan principalmente para evaluar el grado de acuerdo los resultados a interpretar, pruebas de diagnostica, o la exactitud con que estas pueda orientan hacia un diagnóstico, al hablar de las pruebas de diagnostica no solo se hace referencia a las pruebas de laboratorio, si no a la interpretación de los datos de la historia clínica.

Coeficiente kappa de cohen: Es una medida estadística que ajusta el efecto del azar en la proporción de la concordancia observada para elementos cualitativos (variables categóricas). En general se cree que es una medida más robusta que el simple cálculo del porcentaje de concordancia, lo que puede tener el efecto de subestimar el acuerdo para una categoría de uso habitual; por esta razón, Kappa se considera una medida de acuerdo excesivamente conservadora. (25)

Ponderado fetal ecográfico: Es la estimación aproximada del peso. Para ello existen diferentes fórmulas, las más habituales tienen en cuenta la medida del diámetro biparietal (DBP), la circunferencia del abdomen (CA) y la longitud del fémur (LF). Se trata por tanto de una estimación. El margen de error puede llegar a ser de más menos del 15 al 20 por ciento.

Gestante del tercer trimestre: embarazo mayor de 28 hasta 40 semanas.

Período perinatal: El período perinatal comienza a las 22 semanas completas o 154 días de gestación mayor de 500 gramos de peso y termina a los 7 días completos después del parto.

Peso al nacer: Es la primera medida del peso del producto de la concepción (feto o recién nacido), hecha después del nacimiento.

Parto a término: Es el nacimiento de un producto entre las 37 semanas ó 259 días y menos de 42 semanas ó 293 días de gestación.

CAPITULO III

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis General

Hi. Existe concordancia entre el resultado del ponderado fetal ecográfico en el tercer trimestre del embarazo con el peso del Recién Nacido Centro de salud Tambo enero - junio. 2016.

Ho. No existe concordancia entre el resultado del ponderado fetal ecográfico en el tercer trimestre del embarazo con el peso del Recién Nacido Centro de salud Tambo enero - junio. 2016.

3.2. Sistema de Variables – Dimensión e Indicadores

Variable de Independiente

Ponderado fetal (ecografía)

Variables dependientes

Peso del Recién Nacido (Balanza Pediátrica)

CAPITULO IV

IV MARCO METODOLOGICO

4.1. Dimensión Espacial y Temporal

La investigación se realizó en el Centro de Salud Tambo ubicado en el .Distrito de Tambo, Provincia de La Mar, departamento de Ayacucho, durante los meses de enero a junio del año 2016.

4.2. Tipos de investigación

Observacional Porque no existió la intervención del investigador.

Retrospectivo: Porque los datos fueron recogidos del registro de las historias clínicas.

Transversal: porque todas las variables fueron medidas en una sola ocasión.

4.3. Diseño de investigación

Predictiva: se encarga de la estimación probabilística de eventos generalmente adversos, donde se aplicaran técnicas estadísticas específicas

Relacional: es cuando demuestra la dependencia probabilística entre eventos y nos permite hacer asociaciones y medidas de asociación.

. **4.4. Determinación del Universo / Población y Muestra**

La población está constituida por todas las gestantes del Centro de Salud Tambo.

4.5. Selección de la muestra

Por ser una población pequeña no justifica el cálculo del tamaño muestral por lo que la selección de la muestra se realizó utilizando el criterio de Inclusión quedando la muestra constituida por 42 gestantes.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo es no probabilístico por lo que se podrá inferenciar los resultados al universo**.**

4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.6.1 Las fuentes

Las Historia clínica perinatal básica y el informe ecográfico del tercer trimestre del embarazo en una ficha de recolección de datos

4.6.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica es documental porque datos se obtuvieron de las historias Clínicas que son médico legal. Y el instrumento fue la ficha de recolección de datos en que se trabajaron variables e indicadores, este instrumento se validó con la técnica Delphi, en donde 5 expertos lo validaron como muy

bueno. De igual validó su consistencia interna a través de la confiabilidad de Cronbach, programa SPS V- 21.

a) Técnica o método Delphi

JUECES	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA	CALIFICACIÓN CUALITATIVA
Mg. María Zenaida Cabrera Risco	20	MUY BUENO
Mg. Delia Anaya Anaya	20	MUY BUENO
Mg. Odilia Tenorio De La Cruz	20	MUY BUENO
Mg. Yaneth Peñaloza Vargas	20	MUY BUENO
Mg. Martha Calderón Franco	20	MUY BUENO
TOTAL	**20**	**MUY BUENO**

b) Confiabilidad del instrumento

ESCALA DE FIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N° DE ELEMENTOS
0,535	4

Fuente: Base de datos estadísticos

CRITERIO DE CONFIABILIDAD	VALORES
No es confiable	-1 a 0
Baja confiabilidad	0,01 a 0,49
Moderada confiabilidad	0.5 a 0.75
Fuerte confiabilidad	0.76 a 0.89
Alta confiabilidad	0,9 a 1

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

La técnica de procesamiento de datos se realizó utilizando el programa de Excel y el Epidat 3.1 Para el análisis de datos se utilizó el Chi cuadrado de Pearson y el índice de correlación Kappa de Kohen. Se trabajó con un nivel de significancia de p valor menor a 0,05, considerando valores menores a éste como significativos. Una vez cuantificada y analizada la información se procedió a presentarlos en tablas con distribución de frecuencias y datos de asociación.

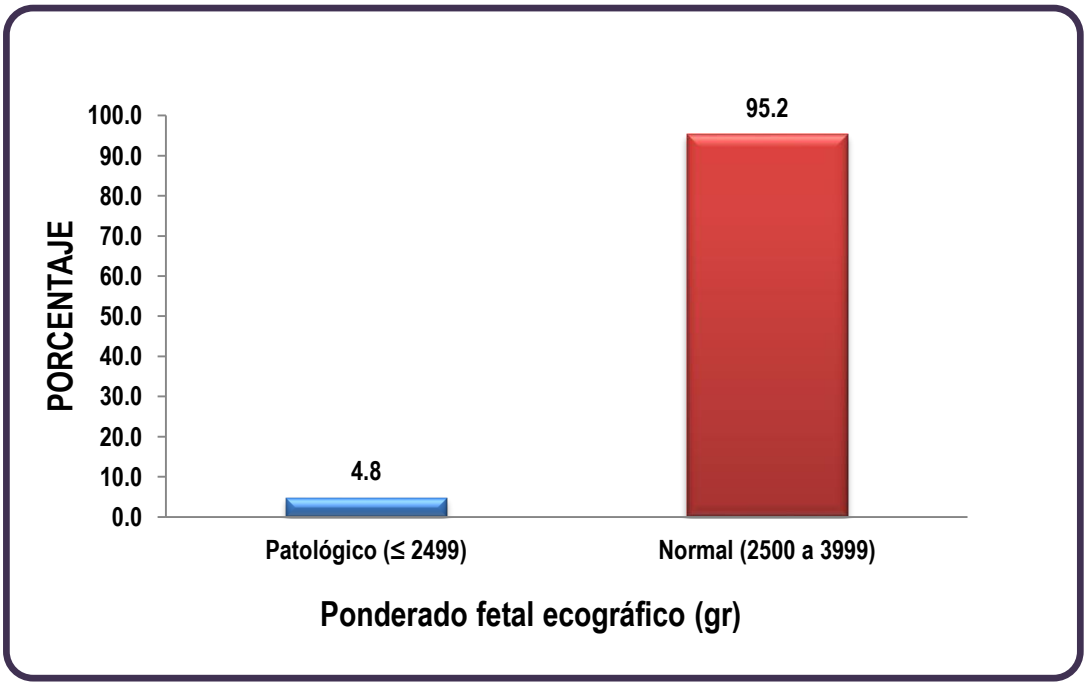
CAPITULO V

RESULTADOS.

Tabla № 1: Ponderado fetal ecográfico del tercer trimestre del embarazo en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero junio 2016.

Ponderado fetal ecográfico (gr)	№	%
Normal (2500 a 3999)	40	95.2
Patológico (≤ 2499)	2	4.8
Total	**42**	**100.0**

FUENTE: Instrumento de recolección de datos



FUENTE: Instrumento de recolección de datos

Figura № 1: Ponderado fetal ecográfico del tercer trimestre del embarazo en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero junio 2016.

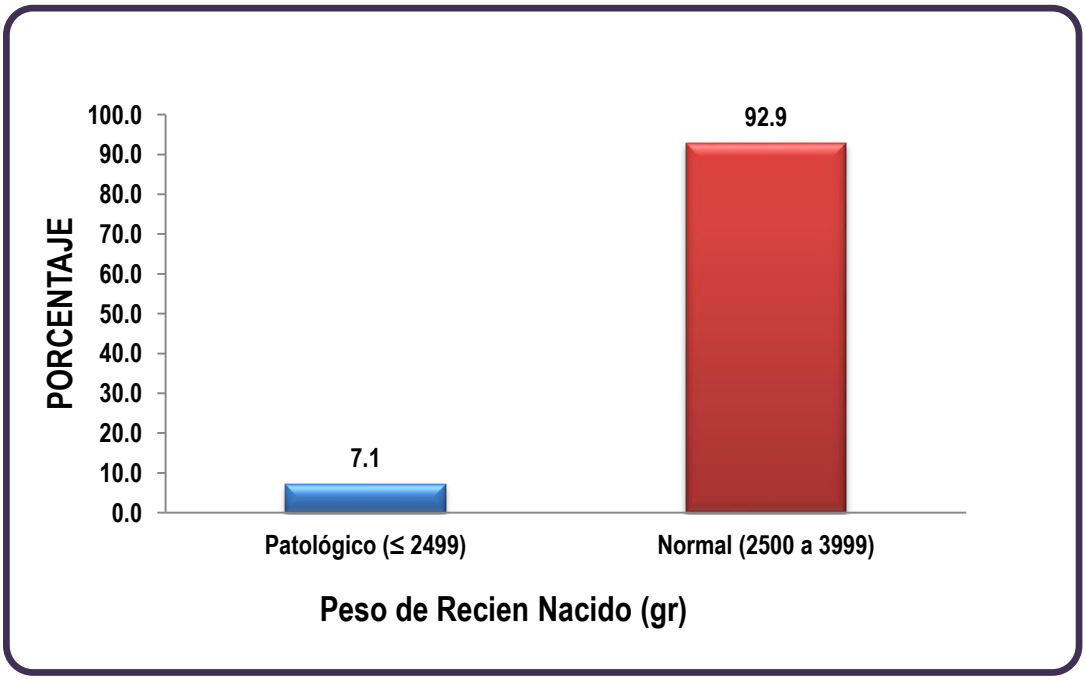
La Tabla № 1 referido al ponderado fetal ecográfico del tercer trimestre del embarazo en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero - junio 2016, nos muestra que del 100.0% (42) de ponderado fetal ecográfico el 95.2% (40)

tuvieron peso normal y el 4.8% peso patológico (≤ 2499).

Tabla № 2: Peso del recién nacido mediante la medición por la balanza Pediátrica en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero junio 2016.

Peso de Recién Nacido (gr)	№	%
Normal (2500 a 3999)	39	92.9
Patológico (≤ 2499)	3	7.1
Total	**42**	**100.0**

FUENTE: Instrumento de recolección de datos



FUENTE: Instrumento de recolección de datos

Figura № 2: Peso del recién nacido mediante la medición por la balanza Pediátrica en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero junio 2016.

La Tabla № 2, referido peso del recién nacido mediante la medición por la balanza pediátrica en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero - junio 2016, nos muestra que del 100.0% (42) de recién nacidos, el 92.9% (39) tuvieron peso normal y el 7.1% peso patológico (≤ 2499).

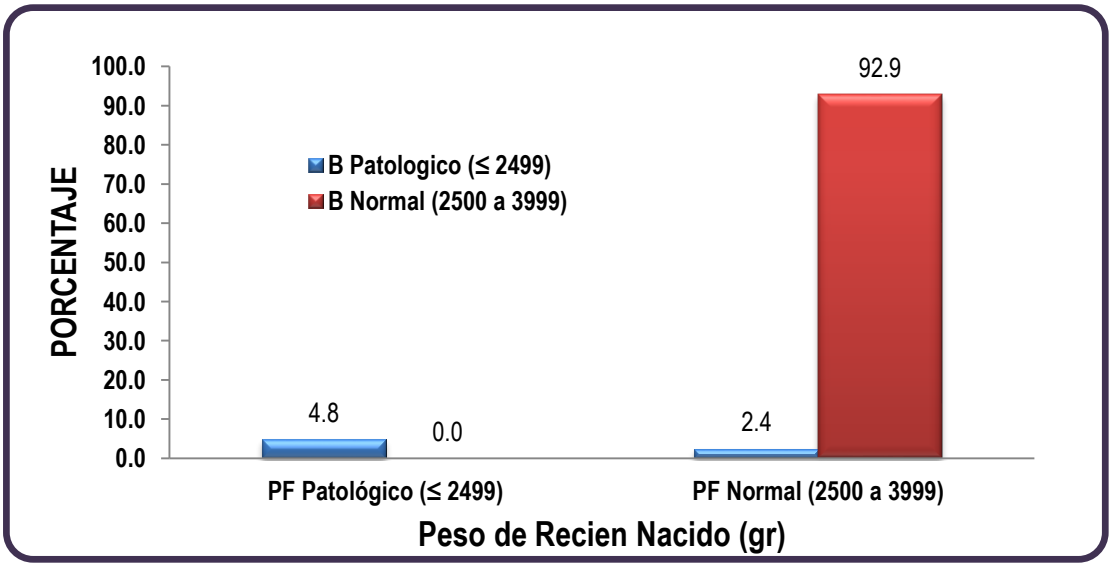
Tabla № 3: Concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso de recién nacido medido con la balanza pediátrica en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero junio 2016.

Ponderado fetal ecográfico (gr)	Peso de Recién Nacido (gr) Patológico (≤ 2499)		Normal (2500 a 3999)		Total	
	№	%	№	%	№	%
Patológico (≤ 2499)	2	4.8	0	0.0	2	4.8
Normal (2500 a 3999)	1	2.4	39	92.9	40	95.2
Total	**3**	**7.1**	**39**	**92.9**	**42**	**100.0**

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

$\chi_c^2 =$ 27.300 ** $\chi_t^2 =$ 3.841 P < 0.05

g. l. = 1



FUENTE: Instrumento de recolección de datos

Figura № 3: Concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso de Recién Nacido medido con la balanza pediátrica en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero junio 2016.

Nos muestra de acuerdo al ponderado fetal ecográfico el 95.2% (40) tuvieron pesos normales, así mismo el 92.9% (39) de los recién nacidos tuvieron pesos normales. De acuerdo a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló dependencia estadística entre el peso del ponderado fetal ecográfico con el peso del recién nacido (P<0.05).

Tabla № 4: Concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso del recién nacido medido con la balanza pediátrica mediante los indicadores estadísticos básicos del desempeño del procedimiento diagnóstico en el Centro de Salud Tambo en el periodo enero junio 2016.

Parámetros	Valor	IC (95%)	
Sensibilidad (%)	66.67	0	100.00
Especificidad (%)	100.00	98.72	100.00
Valor predictivo + (%)	100.00	75.00	100.00
Valor predictivo - (%)	97.50	91.41	100.00

Análisis e interpretación:

En la tabla podemos observar lo siguiente:

Sensibilidad: Corresponde a la proporción de individuos correctamente diagnosticados con la condición o enfermedad por la prueba diagnóstica. En otras palabras la proporción de verdaderos positivos correctamente identificados por el test del total de individuos enfermos según el estándar de referencia. En este caso el 66.67% de recién nacidos con peso patológico (bajo peso) fueron diagnosticados adecuadamente.

Especificidad: Corresponde a la proporción de individuos correctamente diagnosticados con ausencia de la condición o enfermedad por la prueba diagnóstica en estudio. Vale decir, es la proporción de verdaderos negativos que fueron correctamente identificados por el test, del total de recién nacidos con pesos normales según el estándar de referencia. En este caso el 100.0% de casos de recién nacidos con pesos no patológicos (pesos normales) fueron

diagnosticados adecuadamente.

Valor Predictivo Positivo: Corresponde a la probabilidad condicional de que el recién nacido tenga el peso patológico, dado que el test resultó positivo. Expresado de otra manera, es la proporción de pacientes con la prueba diagnóstica positiva que efectivamente tienen la condición de bajo peso en este caso el 100.0% de recién nacidos con pesos patológicos.

Valor Predictivo Negativo: Corresponde a la probabilidad condicional de que el recién nacido no tenga el peso patológico, dado que la prueba diagnóstica resultó negativa. En otras palabras, es la probabilidad de que el individuo no tenga la condición en estudio luego de que el test es negativo, en este caso resultó el 97.5% de recién nacidos no tuvieron pesos patológicos.

Asimismo, la valoración por el índice de Kappa referido a la concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso del recién nacido medido con la balanza pediátrica mediante los indicadores estadísticos básicos del desempeño del procedimiento diagnóstico nos muestra una concordancia buena (Kappa=0.7879).

Kappa	EE*	IC (95.0%)	
0.7879	0.2048	0.3865	11,893

Valoración del Índice Kappa	
Valor de k	**Fuerza de la concordancia**
< 0,20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy buena

DISCUSION

La determinación del ponderado fetal (PF) durante el embarazo es de gran importancia, ya que es la base para el diagnóstico de alteraciones del crecimiento fetal. Se comunica que entre 7 y 16% de los recién nacidos (RN) vivos tienen peso bajo al nacer, condición asociada a morbilidad y mortalidad perinatal altas.

Al respecto, **Becerra (2013)**, en la investigación “Correlación y concordancia

entre el peso fetal estimado por ecografía y el peso real obtenido por báscula de los recién nacidos a término en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el 2012”, reportó una sensibilidad en los pesos ecográficos en relación al peso real de nacimiento de 99.19% resultados que difieren a los hallados en la presente investigación que resulto ser de 66.67%. Asimismo, en la especificidad halló 40.91% resultados que son muy bajos en comparación a los hallados en la presente investigación que fue del 100.0%. Por otro lado los valor predictivo positivo reportado por Becerra (2013) fue de 69%, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación que fue de 100.0%; finalmente el valor predictivo negativo reportado por dicho investigador fue de 97% resultados que son similares a los hallados en la presente investigación que fue de 97.5%. Cabe mencionar también que dicho investigador de un total de 513 recién nacidos en estudio, coincidieron los resultados de recién nacidos de pesos normales en 487 casos y con pesos elevados en 9 casos, resultados que también difieren a los hallados en la presente investigación.

Aracca (2014), en la investigación “Valor predictivo del ultrasonido en el diagnóstico de macrosomía en gestantes a término, en la Unidad de Medicina Fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a diciembre 2010”, reportó una sensibilidad en los pesos ecográficos en relación al peso con macrosomía de nacimiento de 77%, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación que resulto ser de 66.67%. Asimismo, en la especificidad halló 94% resultados que se aproximan a los hallados en la presente investigación que fue del 100.0%. Por otro lado los valor predictivo positivo reportado por **Aracca (2014)**, fue de 71%, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación que fue de 100.0%; finalmente el valor predictivo negativo reportado por dicho investigador fue de 96% resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación que fue de 97.5%. Cabe señalar, que dicho autor realizó la investigación para los hallazgos de macrosomía del neonato, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Por su parte, Gutiérrez (2012), en la investigación “eficacia del ultrasonido para el diagnóstico de bajo peso fetal en gestantes a término en el Hospital de apoyo Chepén” reportó de un total de 384 recién nacidos, 27 recién nacidos con bajo y 357con pesos normales de acuerdo al peso real, mientras el peso mediante ultrasonido 25 tuvieron bajo peso y 359 pesos normales, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación Así mismo la sensibilidad fue de 91.19% de casos de recién nacidos con bajo peso que fueron diagnosticados patológicos; mediante la especificidad el 80.34% de recién

nacidos con pesos normales fueron adecuadamente diagnosticados. Por otro lado los valor predictivo positivo fue de 82.26%, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación que fue de 100.0%; finalmente el valor predictivo negativo reportado por dicho investigador fue de 90.11% resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación que fue de 97.5%, cabe señalar que las diferencias hallados en algunos parámetros podrían deberse a que las investigaciones fueron realizadas en tiempos y realidades diferentes, como también en poblaciones que geográficamente y culturalmente son diferentes por los que pudo hallarse dichas diferencias.

cabe señalar que las diferencias hallados en algunos parámetros podrían deberse a que las investigaciones fueron realizadas en tiempos y realidades diferentes, como también en poblaciones que geográficamente y culturalmente son diferentes por los que pudo hallarse dichas diferencias.

CONCLUSIÓN

De los resultados hallados en la presente investigación se arriban a las siguientes conclusiones:

1º De acuerdo al ponderado fetal ecográfico del tercer trimestre del embarazo en el Centro de Salud Tambo se hallaron 95.2% de recién nacidos con pesos normales y el 4.8% con pesos patológicos (pesos bajos).

2. De acuerdo al peso del recién nacido mediante la medición por la balanza pediátrica el 92.9% presentaron pesos normales y el 7.1% pesos patológicos.

3º Existe concordancia elevada entre el peso fetal ecográfico y el peso de recién nacido medido con la balanza pediátrica de acuerdo a la prueba estadística de Chi Cuadrado ($P<0.05$), hallándose una sensibilidad de 66.67%, especificidad de 100.0%, valor predictivo positivo de 100.0% y un valor predictivo negativo de 97.5%, teniendo una concordancia Kappa=0.7879, que es buena.

RECOMENDACIONES

1º Realizar investigaciones referidas al tema en los diferentes establecimientos de salud para uniformizar los criterios en las evaluaciones ecográficas, para de esta manera conocer las deficientes y aciertos del personal que labora con gestantes y recién nacidos.

2º Sugerir a las autoridades de salud que realicen capacitaciones frecuentes sobre el manejo del ecógrafo, para que de esta manera todos los profesionales de salud presenten los mismos criterios de diagnósticos minimizando los errores en el diagnóstico que redundará en la gestante y el recién nacido.

3° A los ecografistas del Centro de Salud Tambo, se les recomiendan que la medición de los parámetros para obtener el ponderado fetal sea más precisa por lo mismo que se tratan de medidas importantes y lograr resultados de calidad para predecir el peso fetal, la edad gestacional y la vía del parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Mardorys Díaz Salazar. Cálculo de peso al nacer por ultrasonido en las embarazadas de alto riesgo. Salus online. 2011. Diciembre; p. 21(15-3).

2. Diana Isabel Vega Forero. Coeficiente de concordancia del peso fetal estimado por el método de Johnson y Toshach y el peso de neonatos nacidos en un hospital público [Tesis para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología] Bogotá. 2014..

3. Shepard MJ, Ricards V, Berkowitz R. An evaluation of two equations for two equevation of two equations for v. predicting fetal weight by ultrasound Am J Obstet Gynocol. 2010.

4. Garcia M, Castro C, Yeguez F, Calculo del peso fetal en hijos de madres con diabetes militus. Revista Obst.Ginecol. 2007: 75 (1): 03-10

5. Becerra Pino Oliver. Correlacion y Concordancia entre el peso fetal estimado por Ecografia y el peso real obtenido por bascula de los recien nacidos atermino, [tesis para obtener especialista en imaginologia]. Cuenca- Ecuador: post grado de Imaginologia; 2013.

6. Lagos, R. Comparción de dos formulas para calcular el peso fetal ecografico. 2003, 21 (4) [Revista en internet] 217-219 fecha de acceso el 20 de enero 2017 en http://www. Ultrasonografia.Cl/us41/3lagos.html.

7. Hadlock Fp Harrist Rb. Estimacion of fetal weight with the use of head, body and femur measurements a prospective study. Am J Obstet Gynecol. 2005;

151 (3): 333-7..

8. Cornejo P SG. Peso Ecográfico estimado en fetos de 36,37y 38 semanas vs peso real al Nacimiento. Hospital Carlos Andrade Marin, Quito Ecuador. Revista Cambios ,(revista en internet). 2009 (25-01-2009); Vol. 5 (n° 9. http://www.iess.gov.ec.).

9. Perez Sanchez. Ultrasonografía en obstetricia. Chile.: Ed. cuarta; 648; 2011.

10. Rumack. CM. Diagnostico por ecografia, 2da seccion v. ed. Marban libros. 2006. p. cap 33. Pág. 1021...

11. Jesús Teva María, Rosario Redondo, analisis de la tasa de detección de fetos macrosomico mediante ecografia. Revista Chilena. obst. ginecol.. 2013; vol. 78,(N° 1.).

12. Manuel Ferreiro Ricardo, Lemay Valdes Amador, Eficacia de las distintas fórmulas ecgráficas en la estimacion del peso fetal a término. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. 2010 octubre- diciembre,; volumen 36.(N° 4,) Ciudad de la Habana.

13. Rojas Camayo José, Miguel Garay César, flores Hector. Propuesta de un nuevo puntaje para optimizar estimados ecográficos de peso fetal. Estuio piloto. revista Scielo. 2009; Volumen.70(N° 2): An. Fac. med. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigorin, Lima -Perú.;

14. Rodriguez Castañeda Cristian, Cristian José; Quispe Cuba, Juan Carlos Comparación del método de Johnson-Toshach y la ultrasonografía para estimar el ponderado fetal en gestantes a término asistidas en el Hospital Regional de Cajamarca, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia . julio/ setiembre 2014; vol.60, núm.3, Pág. 3.

15. Aracca Alco Francisco. Valor predictivo del ultrasonido en el diagnóstico de macrosomía en gestantes a término, en la Unidad de Medicina Fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a diciembre 2010 [Título de Especialista en Gineco-Obstetricia].Universidad Nacional Materno Perinatal, UNMSM, facultad de Medicina Humana ed. pg 8 , poetdEeG.. Perú- lima; 2014. p. Pag. 32.

16. Gutierrez Cortéz, Edgar Agustin " Eficacia del ultrasonico para el diagnostico de bajo peso fetal en gestantes Atermino enero 2009- diciembre 2012. [tesis para optar grado de Bachiller en medicina]. en le Hospital de Chepén Trujillo 2013.

17. Fiestas Carlos Valera Daniel, Guerrero Candy. Utilidad del diametro biparietal corregido para el cálculo del peso fetal determinado por ultrasonido. Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia. 2003; marzo - mayo; Vol. 1 N° pag. 4-8.

18. Sociedad Española de Inforadiología: Ecografía Radiología medica España. 2004.

19. Altitud sobre el nivel del mar http://es.wikipedia.org/wiki/Altitud. [Online].

20. al. ADJe. "Curvas de biometria con la edad gstacional determinada por la ecografia del primer trimestre". Revista Chil. Obstet. Ginecol. 2008; V. 73, (N° 4, ISSN 0717-7526,Pag 228- 235 Chile.).

21. Nery Luiz "La evaluación ecográfica del crecimiento fetal con el uso de diámetro biparietal". Revista. Bras. Ginecol. Obstet ,. 2004;(n.5, pp. 349-354. ISSN 0100-7203 Rio de Janeiro 2004).

22. Lagos Sandoval R. "Fronteras En Obstetricia Y Ginecología" Guías Clínicas para la Evaluación Ultrasonografica,36,40, Chile – Temuco 2003.

23. Velgara de Apuril M. "Evaluación del crecimiento fetal por ultrasonografía relación con los resultados neonatales inmediatos [Tesis para optar el título profesional Docente] Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Obstetricia y Ginecologia. :Paraguay; 2006 2-10

24. Castañeda Morales, Duban Hernando "concordancia de las fórmulas cográficas para estimar el peso fetal con el peso real obtenido al nacer a término en el hospital del instituto ecuatoriano de seguridad social ambato desde el 01 bril al 30 junio 2014." Ambato- Ecuador Febrero, 2015, pág. 29,33.

25. VILLARROEL. JCLL. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: Coeficiente de Kappa. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (1): 54-58. 2008. 17 de enero ; II.

ANEXO

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRAFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACION AL PESO DEL RECIEN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO – JUNIO 2016".

NOMBRES Y APELLIDOS……N°

1: DATOS PERSONALES

1.1 EDAD……AÑOS

2.-DATOS OBSTETRICOS

2.1 edad gestacional: (III trimestre 28- 40sem)

3. VARIABLE INDEPENDIENTE

3.1 Variable Independiente

Ponderado fetal ecográfico:

a) Circunferencia abdominal: (24 a 34 cm) adecuado ( ) inadecuado ( )
b) Diámetro biparietal : (7 a 8 cm) adecuado ( ) inadecuado ( )

Longitud del fémur: (5 a 7 cm) adecuado ( ) inadecuado ( )

fecha de ecografía……peso del ponderado……

edad gestacional a la fecha de la ececografía:……semanas

Conclusión: Normal ( ) Patológico (**)**

3.2 Variable dependiente

Peso del recién nacido

a) Bajo peso: (< 2,499) adecuado ( ) inadecuado ( )
b) Normo peso: (2,500 – 3,999) adecuado ( ) inadecuado ( )
c) Macrosómico: (> 4,000)

Fecha de parto……peso del recién nacido……..kg

Edad gestacional a la fecha de parto ……

Conclusión: Normal ( ) Patológico ( )

Sensibilidad: verdadero positivo ( ) falso negativo ( )

Especificidad: verdadero negativo ( ) falso positivo ( )

ANEXO N° 02

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	DIMENSION	TIPO	ESCALA	INDICADORES	VALOR FINAL	FUENTE
Variables Independiente Ponderado fetal (ecografía)	Diagnóstico por imágenes: (ecografía)	Categórico	Intervalo	Circunferencia abdominal:24 a 34 cm	si: normal no: alterado	Hoja de registro de ecografía validado por el Minsa
				Diámetro biparietal: 7 a 8 cm	si: normal no: alterado	
				Longitud del fémur: 5 a 7 cm	Si: normal No: alterado	
	Sensibilidad	Categórico	Nominal	Valor Predictivo positivo	Verdadero (+)	Historia clínica perinatal básica
					Verdadero (-)	
	Especificidad	Categórico	Nominal	Valor Predictivo Negativo	Falso negativo	
					Falso positivo	
Variables dependientes						
Peso del Recién Nacido (Balanza Pediátrica)	Diagnóstico clínico: Ayuda diagnostica (balanza pediátrica)	Categórico	Intervalo	Bajo peso < 2,499	si: normal no: alterado	Historia clínica perinatal básica
				Normo peso: >,2500 – 3999	Si: normal No: alterado	
				Macrosómico: >4000	Si: normal No: alterado	

ANEXO N° 03

"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN RELACION AL PESO DEL RECIEN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO .ENERO A JUNIO 2016"

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTO
PROBLEMA GENERAL: Cuál es la validez predictiva del ponderado fetal ecográfico en el tercer Trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de Salud Tambo enero - junio. 2016. **PROBLEMAS ESPECIFICO:** - Cuál es el ponderado fetal ecográfico en el tercer trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de Salud Tambo enero –Junio. 2016 - Cuál es el peso del Recién Nacido mediante la medición por la balanza Pediátrica - Cuál es la concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso de Recién Nacido medido con la balanza pediátrica.	**OBJETIVO GENERAL:** **Determinar la validez predictiva del ponderado fetal ecográfico en el tercer Trimestre del embarazo en relación con el peso del recién nacido. Centro de Salud Tambo enero - junio. 2016.** **OBJETIVOS ESPECIFICOS:** **1. Identificar el número del ponderado fetal ecográfico del tercer trimestre del embarazo.** **2. Identificar el peso del Recién Nacido mediante la medición por la balanza Pediátrica.** **3.Conocer la concordancia entre el peso fetal ecográfico y el peso de Recién Nacido medido con la balanza pediátrica.** - - .	**HIPOTESIS DE INVESTIGACION** : Existe concordancia entre el resultado del ponderado fetal ecográfico en el tercer trimestre del embarazo con el peso del Recién Nacido Centro de salud Tambo enero - junio. 2016**.** **HIPOTESIS NULA:** No existe concordancia entre el resultado del ponderado fetal ecográfico en el tercer trimestre del embarazo con el peso del Recién Nacido Centro de salud Tambo enero - junio. 2016.	**V.D** Peso del Recién Nacido (Balanza Pediátrica) Indicadores: -Bajo peso < 2,499 -Normo peso: >,2500 – 3999 - Macrosómico >4000 **Valor Predictivo positivo** **Valor Predictivo Negativo** **V.I** Ponderado fetal (ecografía) **Indicadores:** -Circunferencia abdominal:24 a 34 cm - Diámetro biparietal: 7 a 8 cm - Longitud del fémur: 5 a 7 cm	**POBLACION** Constituida por todas las gestantes del tercer trimestre del embarazo del Centro de Salud Tambo, **MUESTRA** Constituido por 42 historias clínicas de gestantes con resultado de Ecografía del tercer trimestre en el Centro de Salud Tambo que fue Atendidas en el parto y del recién nacido. **TIPO DE MUESTRA** No probabilístico	**TIPO** **Predictiva :** **Retrospectivo:** **Transversal:** **Observacional,** estudia en un momento dado las variables simultáneamente. No experimental	Hoja de informe ecográfico e historia clínica perinatal básica validado por el Minsa

ANEXO N° 04

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

EXPERTO: DRA DELIA ANAYA ANAYA

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 puntos	

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

.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI:.....28514710.....
TELEF...999006800

ANEXO N° 05

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

EXPERTO: ODILIA TENORIO DE LA CRUZ

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

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 28266573

TELEF. 966868086

ANEXO N° 06

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

EXPERTO: Yaneth Peñaloza Vargas.

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 puntos.	

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

HOSPITAL REGIONAL

.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 22671433
TELEF. #999304070

ANEXO N° 07

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

EXPERTO: Mg. MARTHA AMELIA CALDERÓN FRANCO

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 puntos	

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

.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI:..26222234...
TELEF...966391075

ANEXO N° 08

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

EXPERTO: RNE María Zenaida Cabrera Risco

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	20ptos.	

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI:....22263438

TELEF.:9666.21719

ANEXO N° 09

GOBIERNO REGIONAL AYACUCHO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
DISTRITO RED SALUD TAMBO
FECHA 26-01-17
HORA 16:40

"Año del buen servicio al ciudadano"

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

Ayacucho, 25 de enero de 2017

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

Señor (a):

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD TAMBO: Ever Janampa Yaranga

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 "VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRAFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACION AL PESO DEL RECIEN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO- JUNIO 2016".** Para **OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN: MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.**

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

Atentamente,

Yanet Obregón Quispe
Obsta. Yanet OBREGON QUISPE
TESISTA
SEGUNDA ESPECIALIDAD

C.c.
Archivo

ANEXO N° 10

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CARTA Nº 001-2017- DISA-AYA.UERSSAMI/MRT-JEF

Tambo 11 de Enero del 201

Sra: YANET OBREGON QUISPE

Predio un cordial saludo, se accede a su petición para la ejecución del proyecto titulado: "Validez predictiva del ponderado fetal ecográfico en el tercer trimestre del embarazo en relación al peso del recién nacido, Centro de Salud Tambo, Ayacucho enero-junio 2016", esperando su mayor aporte a la institución al final de dicho estudio de investigación.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para reiterarle la muestra de mi estima personal.

Atentamente,

MICRO RED TAMBO - RED SAN MIGUEL
JEFATURA C.S TAMBO
OBSTETRA
C.O.P 30343

ANEXO N° 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° 0597-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 19 de febrero del 2017

Vistos;

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución Nº 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución Nº 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 Solicitud N° 0340127, de fecha 18.FEB.2017, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE**, solicita cambio de título del Proyecto 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:

1º **MODIFICAR** título del proyecto de tesis titulada: **"VALOR PREDICTIVO DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO CENTRO DE SALUD SACHARACCAY, AYACUCHO ENERO – JUNIO 2016",** debiendo ser: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016",** a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE**, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

2º **DAR A CONOCER**, la presente Resolución a los miembros del jurado examinador y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO
DIRECTOR
HUÁNUCO

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Erasmo SANTILLAN OLIVA
Director (e)

Distribución
Fólder personal
Jurados (03)
Archivo

ANEXO N° 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° 0700-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 28 de febrero del 2017.

Visto los documentos en (05) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución Nº 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución Nº 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 Nº 01006-2016-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 18.DIC.16, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis: **"VALOR PREDICTIVO DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO CENTRO DE SALUD SACHARACCAY, AYACUCHO ENERO – JUNIO 2016"**, el mismo integrado por los siguientes docentes: Dra. Violeta ROJAS BRAVO, Presidenta; Mg. Nancy CASTAÑEDA EUGENIO, Secretaria; Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA, Vocal; Mg. Digna MANRIQUE DE LARA SUAREZ, Accesitaria;

Que, con la Resolución Nº 0597-2017-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 19.FEB.17, se modificó el título del proyecto de tesis titulada: **"VALOR PREDICTIVO DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO CENTRO DE SALUD SACHARACCAY, AYACUCHO ENERO – JUNIO 2016"**, debiendo ser: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016"**;

Que, los Jurados Examinadores del Proyecto Tesis, manifiestan que cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" para ser aprobado el título: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016";**

Que, con la Solicitud N° 0340535, de fecha 28.FEB.2017, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE**, solicita aprobación e inscripción del Proyecto de Tesis.

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** el Proyecto de Tesis titulado: "**VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016"**, a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE**, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el libro correspondiente, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 28.FEB.2017.

3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Abner A. Fonseca Livias
DIRECTOR

Distribución:
Fólder personal
Interesado,
Archivo

ANEXO N° 13

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° 0788-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 07 de marzo del 2017.

Vistos,

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución Nº 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución Nº 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 Nº 01006-2016-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 18.DIC.16, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis: **"VALOR PREDICTIVO DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO CENTRO DE SALUD SACHARACCAY, AYACUCHO ENERO – JUNIO 2016"**, el mismo integrado por los siguientes docentes: Dra. Violeta ROJAS BRAVO, Presidenta; Mg. Nancy CASTAÑEDA EUGENIO, Secretaria; Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA, Vocal; Mg. Digna MANRIQUE DE LARA SUAREZ, Accesitaria;

Que, con la Resolución Nº 0597-2017-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 19.FEB.17, se modificó el título del proyecto de tesis titulada: **"VALOR PREDICTIVO DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO CENTRO DE SALUD SACHARACCAY, AYACUCHO ENERO – JUNIO 2016"**, debiendo ser: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016"**;

Que, con la Resolución Nº 0700-2017-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 28.FEB.17, se aprobó el Proyecto de Tesis titulado: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016"**, a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE;**

Que, con la Solicitud Nº 0341651 de 03.MAR.17, a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE;** 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: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016"**, a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE;** el mismo integrado por los siguientes docentes, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

1.1. Dra. Violeta ROJAS BRAVO	Presidenta
1.2. Mg. Nancy CASTAÑEDA EUGENIO	Secretaria
1.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal
1.4. Mg. Digna MANRIQUE DE LARA SUAREZ	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 2º 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 HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Abner A. Fonseca Livias
DIRECTOR

Distribución:
Fólder personal – Jurados (01) – Interesado – Archivo

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° 01046-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 30 de marzo del 2017.

Visto, los documentos en (05) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con la Resolución Nº 02244-2010-UNHEVAL-CU, de 22.SET.10, se ratificó la Resolución Nº 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 Nº 0788-2017-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 07.MAR.17, se designó a los miembros del Jurado Examinador del Informe de Borrador de Tesis Titulada: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016"** el mismo integrado por los siguientes docentes: Dra. Violeta ROJAS BRAVO, Presidenta; Mg. Nancy CASTAÑEDA EUGENIO, Secretaria; Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA, Vocal; Mg. Digna MANRIQUE DE LARA SUAREZ, Accesitaria;

Que, con la Solicitud N° 0342054, de fecha 23.MAR.2017, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE**, 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: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 2016"**, a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Yanet OBREGÓN QUISPE**, para el día sábado **08.ABRIL.2017,** a las **18:00 horas.**, en el Auditórium 2 del Colegio Regional de Obstetras de Ayacucho, 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. Dra. Violeta ROJAS BRAVO	Presidenta
2.2. Mg. Nancy CASTAÑEDA EUGENIO	Secretaria
2.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal
2.4. Mg. Digna MANRIQUE DE LARA SUAREZ	Accesitaria

3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los miembros del jurado y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

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

Distribución
Fólder personal
Jurados (03)
Interesada
Archivo

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 Auditórium 2 del Colegio Regional de Obstetras de Ayacucho, siendo las **18:00 h.**, del día sábado **08.ABRIL.2017**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Violeta ROJAS BRAVO	Presidenta
Mg. Nancy CASTAÑEDA EUGENIO	Secretaria
Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal

La aspirante al título de Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Doña, Yanet OBREGÓN QUISPE.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **"VALIDEZ PREDICTIVA DEL PONDERADO FETAL ECOGRÁFICO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN RELACIÓN AL PESO DEL RECIÉN NACIDO, CENTRO DE SALUD TAMBO, AYACUCHO ENERO - JUNIO 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:

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

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

.....

.....

Obteniendo en consecuencia la Especialista la Nota de....DIECISIETE..... (17)

Equivalente a ...APROBADO....., por lo que se recomienda .....

(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Ayacucho, siendo las...19:00...horas del 08 de abril de 2017.

.....
PRESIDENTA
DNI Nº ...22486830...

.....
SECRETARIA
DNI Nº ...22494508...

.....
VOCAL
DNI Nº ...31677397...

NOTA BIBLIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres: OBREGON QUISPE, Yanet

DNI: 43526721

Fecha de nacimiento: 02 de febrero 1986

Teléfono/ celular: #998602074

Correo electrónico: shanny2312@hotmail.com

ESTUDIOS:

Primaria: I. E. Primaria mixto de Moyabamba Baja, año de ingreso 1993 y año de egreso 1998.

Secundaria: Variante Agropecuario de Moyabamba Baja, año de ingreso 1999 y año de egreso 2003.

Superior: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, año de ingreso 2005 y año de egreso 2011.

GRADOS Y TITULOS:

Grado de Bachiller: en Obstetricia. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.

Título de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, 09 de agosto de 2013.

CENTRO/S LABORALES ACTUALES –CARGO/S

Puesto de Salud Ccano

Cargo: Obstetra

Lugar y fecha de nacimiento de la autora:

Nacida el 02 de febrero de 1986 en el distrito de Santa María de Chicmo, Provincia de Andahuaylas, Departamento de Apurímac.

Centro Educativo de los estudios secundarios:

Año en que obtuvo el bachiller: 03 de agosto 2012.