

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA
ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO
FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN
JUAN BAUTISTA. AYACUCHO.**

2016.

TESISTA: SANDY RAMÍREZ GAMBOA

ASESORA: Dra. MARY LUISA MAQUE PONCE

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

AYACUCHO – PERÚ

2017

**GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA
ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO
FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN
BAUTISTA. AYACUCHO.**

2016.

DEDICATORIA

A mi familia: a mi padre Nazareno por su paciencia, comprensión y apoyo para el cumplimiento de mis anhelos.

AGRADECIMIENTO

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

A mi asesora de tesis Dra. Mary L. Maque Ponce por su contribución en el desarrollo de la presente tesis.

A los directivos del Centro de Salud San Juan Bautista por brindar la autorización para realizar el presente estudio.

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.....	10
	1.1. Fundamentación del Problema.....	10
	1.2. Formulación del Problema	11
	1.2.1. General.....	11
	1.2.2. Específicos	11
	1.3. Objetivos	12
	1.3.1. General.....	12
	1.3.2. Específicos	12
	1.4. Justificación e importancia	12
	1.5. Limitación	14
II.	MARCO TEÓRICO.....	15
	2.1. Antecedentes.....	15
	2.1.1. Internacionales	15
	2.1.2. Nacionales.....	16
	2.1.3. Locales	18
	2.2. Bases Teóricas	18
	2.3. Definición de Términos Básicos	31
III.	ASPECTOS OPERACIONALES.....	32
	3.1. Hipótesis.....	32
	3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores	32
IV.	ASPECTOS METODOLÓGICOS	33
	4.1. Dimensión Espacial y Temporal	33
	4.2. Tipo de Investigación.....	33
	4.3. Diseño de Investigación.....	34
	4.4. Determinación del Universo/Población/Muestra	34
	4.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	35
	4.6. Técnicas de Procesamiento, Análisis y Presentación de Datos.....	37
V.	RESULTADOS	38
	DISCUSIÓN	48
	CONCLUSIONES	51
	RECOMENDACIONES	52
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
	ANEXOS	56

RESUMEN

GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO. 2016

Investigación realizada en el Centro de Salud San Juan Bautista con el objetivo de conocer la relación que existe entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista durante el año 2016; con un tipo de estudio retrospectivo de corte transversal que corresponde al diseño relacional y desarrollado durante el año 2016. La muestra estuvo constituida por 80 gestantes con diagnóstico de grado de madurez placentaria que terminaron su parto en el Centro de Salud San Juan Bautista, y fueron seleccionadas por muestreo no probabilístico por conveniencia y criterio de inclusión. La técnica empleada fue la documental (historia clínica materno perinatal e informe ecográfico) y se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos validada con la técnica Delphi y probada su confiabilidad con el índice Alfa de Cronbach: Los principales resultados son: La edad promedio de las gestantes es 26,8 y la edad más frecuente de 31 años; se encontró que el 50,0% gestantes tuvieron un grado III de placenta ecográficamente y de ellas presentaron sufrimiento fetal un 33,8% y con un valor de $p = 0,00$ y $k = 0,367$, se concluye que el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente tiene una discreta relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016.

Palabras claves: Grado placentario, sufrimiento fetal agudo.

SUMMARY

DEGREE OF MATURITY PLACENTARY DIAGNOSTICATED ECOGRAPHICALLY AND ITS RELATIONSHIP WITH THE FETAL SUFFERING IN THE LABOR OF DEPARTMENT IN PREGNANT ATTENDED AT THE HEALTH CENTER SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO. 2016.

Research carried out at the San Juan Bautista Health Center with the objective of knowing the relationship between the degree of placental maturation diagnosed ultrasonographically and fetal distress in labor in pregnant women attended at the San Juan Bautista Health Center during the year 2016; With a type of cross-sectional retrospective study that corresponds to the relational design and developed during the year 2016. The sample consisted of 80 pregnant women with a diagnosis of degree of placental maturity who finished their delivery at the San Juan Bautista Health Center and were Selected by non-probabilistic sampling for convenience and inclusion criteria. The technique used was the documentary (maternal perinatal clinical history and ultrasound report) and the data collection sheet validated with the Delphi technique was used as instrument and proved reliable with the Cronbach Alpha index: The main results are: The average age Of the pregnant women is 26.8 and the most frequent age is 31 years; It was found that 50.0% of pregnant women had a grade III placenta ultrasonographically and 33.8% had fetal distress, with a value of $p = 0.00$ and $k = 0.367$, it was concluded that the degree of placental maturity diagnosed Echocardiography has a discreet relationship with fetal distress in labor in pregnant women attended at the San Juan Bautista Health Center, Ayacucho, in 2016.

Key words: Placental grade, acute fetal distress.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es uno de los momentos más importantes en la vida de una mujer, con repercusión en su entorno familiar y social, sin embargo, durante su desarrollo pueden presentar múltiples condiciones que afectan el bienestar materno y fetal, destacando entre ellos el grado de la placenta y el sufrimiento fetal. En una placenta pos término existe una superficie funcional aumentada, la relación placenta feto es mucho mayor y más pesada que en embarazos a término, se caracteriza por presentar infartos, depósitos de fibrina, calcificaciones y disminución de la capilaridad de las vellosidades.

La placenta es un tejido complejo que separa la circulación materna de la fetal, es una zona de intercambio para numerosas sustancias y de su correcta función depende el buen crecimiento fetal. La placenta está diseñada para estar en excelentes funciones durante todo el periodo de la estancia fetal en el útero; sin embargo, en las últimas semanas de embarazo pueden aparecer en la placenta depósitos de calcio, sin embargo, la presencia de calcificaciones está relacionado al sufrimiento fetal durante el trabajo de parto.

Con la introducción del ultrasonido en la obstetricia, se ha podido estudiar las diferencias en la textura placentaria y su significado. Así, Winsberg fue el primero que asoció los cambios placentarios detectables por ultrasonido con madurez fetal, mientras que Grannum y et, fueron los primeros en desarrollar un sistema de graduación de los grados de placenta.

La presente investigación surge de la formulación de las siguientes interrogantes generales y específicas respectivamente: ¿Cuál es el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y su relación con el

sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016? ¿Cuál es el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente de las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016? ¿Cuántos son los casos de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016? ¿Cuáles son las diferencias significativas entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?. Se planificó una investigación de nivel relacional, analítico, retrospectiva, observacional y con el objetivo de Conocer la relación que existe entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016. Se precisaron las siguientes variables de estudio: grado de madurez placentaria ecográfico y sufrimiento fetal en el trabajo de parto, teniendo como variables intervinientes a la edad de la madre, la edad gestacional, las que fueron operacionalizadas con el propósito de alcanzar los objetivos. Este estudio se ha organizado en cinco capítulos: Capítulo I Planteamiento del Problema, Capítulo II Marco Teórico, Capítulo III Aspectos Operacionales, Capítulo IV Aspectos Metodológicos y Capítulo V Resultados, seguido de las discusiones, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

Según Duran¹ actualmente el control de la gestación, o del embarazo sano, o no complicado, o cualquier otra denominación que se le pueda dar, con algunas diferencias entre los diferentes países, provincias o incluso centros de salud de una misma área sanitaria, es un hecho habitual en las consultas de atención primaria; por otra parte, son cada vez más obstetras y los médicos generales y de familia que disponen de ecógrafo en sus consultas obstétricas.

Como refiere Callen² la ecografía obstétrica como técnica de diagnóstico por imagen segura, es un apoyo al diagnóstico más usado en la actualidad por los avances que ha tenido en los últimos años; ya que se usa para estudios de tejidos sólidos, líquidos y blandos permitiendo la valoración del tamaño, forma, situación y estructura de los mismos, esta exploración ecográfica debe de ser realizada por profesionales de salud entrenados y capacitados en ecografía obstétrica.

Por ello el diagnóstico del grado de placenta a través de la ecografía obstétrica sigue siendo un parámetro de importancia para evaluar el bienestar fetal.

“La placenta es el órgano más especializado implicado en el embarazo, que gracias a su compleja estructura y con la ayuda del líquido amniótico ayuda al crecimiento y desarrollo del feto en

formación, siendo los cambios presentados en ella factores de alto impacto en el desarrollo intrauterino fetal”³.

“Teniendo en cuenta su relevancia en el embarazo, la placenta ha sido estudiada como parte de la etiología de condiciones gestacionales severas como el de pre eclampsia y el retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU), madurez pulmonar, sufrimiento fetal agudo y crónico, en los cuales se ha encontrado la relación de los procesos placentarios con su desarrollo”⁴.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 General

¿Cuál es el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y su relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?

1.2.2 Específicos

- ¿Cuál es el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?
- ¿Cuántos son los casos de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?
- ¿Cuáles son las diferencias significativas entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el

sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1. General

Conocer la relación que existe entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016.

1.3.2. Específicos

- Identificar el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. 2016.
- Identificar el número de casos de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. 2016.
- Comparar los resultados del grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto para establecer la relación entre ellos en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, 2016.

1.4 Justificación e importancia

La ecografía prenatal es el procedimiento de apoyo clínico que permite mejor que ningún otro, conocer la anatomía y el bienestar del feto a lo largo de su desarrollo.

“Para obtener el máximo rendimiento de este procedimiento, no sólo se requieren equipos de avanzada tecnología, sino también que el operador posea los conocimientos de embriología, anatomía y fisiología fetal indispensables para una adecuada adquisición e interpretación de las Imágenes para un correcto diagnóstico”⁵.

Los avances en este campo se producen con tanta rapidez y han alcanzado niveles de desarrollo tan asombrosos, que exigen permanente dedicación y estudio por parte del especialista. Es por esto que no debemos olvidar, que la eficacia del examen ultrasonográfico depende tanto de la calidad del equipo como de la idoneidad del operador.

Ciertamente existe una gran cantidad de variables fetales observables y medibles, sin embargo tenemos un órgano muy importante que viene a ser la placenta, cuya función primordial es la de nutrir al feto durante el embarazo, por ello es de suma importancia determinar su grado de manera adecuada con el ecógrafo, ya que depende de ello la duración y terminación del embarazo.

El presente trabajo de investigación se justifica y es importante porque permite conocer la relación entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal, con la finalidad de disminuir los riesgos en el feto, y tomar las mejores conductas frente a un caso de grado III (madura) de placenta, además esta investigación servirá como antecedente para un mejor manejo de

las gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Juan Bautista.

1.5 Limitación

El trabajo de investigación está limitado por el tipo de muestreo que es no probabilístico, por criterio de inclusión e exclusión, por los pocos trabajos de investigación sobre el tema, y que además el estudio está orientado a investigar los casos en gestantes atendidas sólo en el Centro de Salud San Juan Bautista.

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

En el año 2014, García Sánchez Enrique⁶, realizó una investigación denominada: Morbi-mortalidad en embarazo de Postérmino, con el objetivo de Identificar si la Morbi-mortalidad en embarazos Postérmino es mayor que en embarazos normales, desarrollando un estudio retrospectivo, encontró el siguiente resultado: del total de nacidos vivos en el Hospital General de Atizapán de Zaragoza durante los años 1999, 2000 y 2001, donde 105 gestantes fueron diagnósticas con embarazo Postérmino. Cuando se contrastó el diagnóstico entre amenorrea clínica (FUM) el total de productos Macrósomicos en embarazos de Postérmino se obtuvo un porcentaje del 20,18%, en tanto que, por ultrasonido obstétrico se obtuvo un porcentaje del 16,45%. Productos con Sufrimiento Fetal Agudo se presentó en un 31,0% en embarazos de pos término y un grado de placenta madura. Concluyó en que el embarazo de Postérmino y placenta madura (grado III) aumenta significativamente la morbilidad perinatal mostrando un aumento en el número de recién nacidos con Sufrimiento Fetal agudo de un 6,2 % en embarazos de termino hasta un porcentaje de más del doble en embarazos de Postérmino (16,45%).

2.1.2. Nacionales

En el año 2014, los investigadores Arévalo Rioja, Lucía y Rard Barrera, Patricia⁷, realizaron una investigación denominada: características clínicas de trabajo y su relación con el sufrimiento fetal agudo, con el objetivo de determinar la relación que existe entre las características clínicas del trabajo de parto y el sufrimiento fetal agudo, desarrollando un estudio descriptivo de tipo correlacional, de corte transversal, encontrando el siguiente resultado: distocias de la dinámica uterina como hipertonía e hipersistolia (22,5%); presentaciones fetales distócicas (15,0%); distocia de cérvix (el 17,5%). En los recién nacidos con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, se presentaron circular de cordón (27,5%); líquido amniótico verde espeso o verde fluido (37,5%); bradicardia fetal (27,5%); además el DIPS II y DIPS III (32,5%), Asimismo las parturientas presentaban ecografías obstétricas con grado de madurez placentaria madura en un 60,0% y el 20,0% con placenta post madura, y el 90,0% de los recién nacidos presentaron depresión moderada al minuto (Ápgar de 4 a 6); luego el 67,5% alcanzó una recuperación de buena condición del recién nacido (Ápgar de 7 a 10) a los 5 minutos, concluyeron en que no existe relación estadística ($p > 0,05$) entre las características clínicas de trabajo de parto y el sufrimiento fetal agudo, sin embargo si existe una relación

significativa entre el grado de placenta y el sufrimiento fetal agudo.

En el año 2006, la investigador Yaranga Abregú, Juan de Dios⁸, realizó una investigación denominada: Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con el objetivo de determinar las principales diferencias en los resultados perinatales entre gestantes con embarazo prolongado y evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios, desarrollando un estudio observacional, retrospectivo y transversal, encontrando el siguiente resultado de 41,7% con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios y el 58,3% carecían de calcificaciones placentarias y oligohidramnios, el 38,3% de gestantes con embarazo prolongado presento resultados perinatales adversos y existió mayor riesgo de resultados perinatales adversos en gestantes con embarazo prolongado y evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios, concluyo en que las gestantes con embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios el riesgo de resultados perinatales adversos es mayor que en aquellas que no presentaron, con resultado adverso predominante de sufrimiento fetal agudo en un 7,5%.

2.1.3. Locales: no se encontraron antecedentes locales

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Placenta

Según Rodríguez⁹, la placenta es un órgano endocrino bastante complejo, que a pesar de catalogarse como “incompleto” debido a que no sintetiza colesterol para la síntesis de hormonas tiroideas, suple muchas funciones durante la gestación, y su papel es esencial para el desarrollo normal del embarazo. Algunos mecanismos endocrinológicos se ven relacionados con patologías placentarias y es allí donde empieza un efecto bola de nieve que termina en complicaciones gestacionales y perinatales.

2.2.1.1 Formación de la estructura placentaria

“La placenta se forma durante las tres primeras semanas de gestación, abarcando los procesos de preimplantación, implantación y decidualización, que preparan al organismo para realizar la diferenciación de membrana embrionaria y comenzar con la formación de las membranas placentarias”¹⁰.

Como dice Simón y et¹¹, la implantación, se da cuando el huevo fecundado se introduce en la mucosa uterina. Para ello el estroma endometrial (tejido conectivo compuesto por células y matriz extracelular), que se encuentra encargado de la remodelación constante del órgano a través del ciclo

menstrual, empieza a sufrir los efectos de un proceso denominado deciduización, que es inducido por el efecto de la progesterona (comienza seis a siete días después de su aparición), y abarca cambios morfológicos, bioquímicos y génicos en las células estromales en respuesta a la acción hormonal.

Según Donnelly¹² la diferenciación trofoblástica inicia cuando el trofoblasto (capa celular primaria), se diferencia rápidamente en dos capas, el sincitiotrofoblasto y el citotrofoblasto. El sincitiotrofoblasto multinucleado desarrolla lagunas de las que proyectan algunas vellosidades del citotrofoblasto, luego el sincitiotrofoblasto se comprime progresivamente hasta convertirse en una capa que cubre la vellosidad y se separa la capa del citotrofoblasto (que se vuelve discontinua) de las lagunas, que se fusionan para formar el espacio intervelloso. A la par, las enzimas trofoblástica ayudan a que se empiecen a generar ramificaciones vasculares para que llegue sangre materna, y las células fetales mesénquimas invaden las vellosidades generando redes vasculares que conectan a las venas y arterias umbilicales. Por tanto, a pesar de estar estrechamente comunicadas,

las circulaciones materna y fetal están separadas en áreas especializadas de transferencia. Las células del citotrofoblasto además invaden a las arterias espirales haciendo que la sangre que entra al espacio intervilloso, tenga una presión arterial menor que la normal.

Además, Benítez¹⁰ refiere que el sincitiotrofoblasto ayuda al intercambio de iones y nutrientes, además de la síntesis de hormonas esteroideas y otros péptidos necesarios para el crecimiento fetal y el citotrofoblasto ya organizado como corión participa en la organización de la placenta emitiendo proliferaciones celulares que invaden los espacios y recubren la superficie lacunar. De esta manera, culmina el proceso de formación placentaria y continúa el proceso de adaptación fisiológica para la normal evolución de la gestación.

2.2.1.2 Funciones de la placenta

La placenta cumple funciones de transporte y metabolismo, así como protectoras y endocrinas; siendo además la proveedora principal de oxígeno, agua, carbohidratos, aminoácidos, lípidos, vitaminas, minerales y nutrientes necesarios para que el feto se desarrolle de una manera adecuada.

a.- Nutrición: “La placenta es el mayor proveedor de nutrientes para el feto. Es el encargado de suministrarle agua, sales inorgánicas, carbohidratos, grasas, proteínas y vitaminas, todas pasan de la sangre materna a través de la membrana placentaria a la sangre fetal”¹².

b.- Excreción: “Los productos de desecho cruzan la membrana placentaria desde la sangre fetal y entran en la sangre materna. Se excretan por los riñones de la madre”¹³.

c.- Protección: “La mayor parte de los microorganismos no cruzan la membrana placentaria, por ejemplo, bacterias, pero algunas lo hacen, por ejemplo: toxoplasma gondii, un parásito intracelular. No hay una mezcla apreciable de sangre materna y fetal”¹⁴.

d.- Almacenamiento: “Los carbohidratos, proteínas, calcio y hierro se almacenan en la placenta y se liberan hacia la circulación fetal según se requiera”¹⁴.

e.- Endocrina: “Las siguientes hormonas se producen por el sincitiotrofoblasto de la placenta: gonadotropina coriónica humana y lactógeno placentario humano”¹⁵.

Aunque a menudo se refiere a la membrana placentaria como barrera placentaria, no protege al

feto de muchos agentes dañinos tales como droga, venenos, monóxido de carbono y ciertos virus (por ejemplo, virus de la rubéola).

2.2.1.3 Forma y tamaño¹⁶

Dado que la placenta es sobre todo un órgano fetal, su tamaño es un reflejo de la salud y del tamaño del feto.

Como dice Pérez la placenta normal es un órgano discoide pero se le ve en forma ovoide. Como regla de orientación en lo que respecta al ancho en milímetros, la placenta debe ser igual a la edad gestacional +/- 10 mm; por lo general la placenta de término no debe ser más ancha de 40 mm, aunque existen algunas excepciones, además se ha demostrado que el volumen placentario en el segundo trimestre es un predictor preciso de resultados fetales adversos.

a.- Placentomalacia: “viene a ser una placenta delgada a menudo indica un feto pequeño para la edad gestacional o es un signo de retraso de crecimiento intrauterino, de anomalías cromosómicas, infección intrauterina severa, diabetes mellitus y poli hidramnios marcado puede marcar un adelgazamiento”.

b.-Placentomegalia: Según Pérez las verdaderas causas de engrosamiento placentario generalmente pueden dividirse en dos categorías: de acuerdo a que provoquen un eco estructura heterogénea u homogénea. En el primer grupo se encuentra el embarazo molar, los triploides, la hemorragia placentaria y la displasia mesenquimatosa. En el segundo grupo figuran la diabetes mellitus gestacional, la anemia la hidropesía, la infección, vellositis y la aneuploidías.

Según su forma podemos tener lo siguiente:

a.- La placenta circunvalada es una placenta de forma anormal en la cual las membranas se insertan lejos del borde (hacia el centro) y el sitio de inserción se caracteriza por un conjunto de membranas corioamnióticas enrolladas y engrosadas.

b.- La placenta succenturiada o un lóbulo placentario accesorio se observa en un 5 % de los embarazos y se asocian a una mayor incidencia de infartos placentarios e inserción velamentosa del cordón umbilical

2.2.1.4 Grados de la placenta⁵

En la actualidad se utiliza la clasificación de Grannum (1979), en la que se tiene en cuenta

distintos parámetros de la placa corial, de la placa basal y del propio parénquima placentario.

a.- Grado 0:

- Se caracteriza por parénquima homogéneo sin calcificaciones.
- Lamina coriónica lisa bien definida.
- Se visualiza durante el primer trimestre.

b.- Grado I:

- Se caracteriza por algunos ecos brillantes esparcidos en el tejido placentario que reflejan calcificaciones dispersas.
- La placa coriónica se identifica claramente con un perfil suavemente ondulado.
- Normalmente, es visible desde la semana 14, durante el segundo trimestre de la gestación.

c.- Grado II:

- Se caracteriza por aumento de las ecogenicidades basales.
- Tiene múltiples ecogenicidades con forma de coma que se extienden hacia la placenta a partir de indentaciones de la lámina coriónica.
- Este se vuelve más irregular en la semana 30, desde la amenorrea.

d.- Grado III:

- Lo constituyen aquellas placentas con gran depósito de calcio a todos los niveles.
- Las placas basal y corial aparecen fuertemente eco-refringentes con tabiques que fusionados entre sí dibujan los cotiledones, en cuyo centro pueden ser identificadas áreas de calcificación y de degeneración (holes placentarios) los lagos venosos.
- Normalmente visible a partir de la semana 35.
- Es considerada como placenta madura.

La evaluación ecográfica consiste en la observación de la:

- Localización
- Espesor y volumen.
- Textura (calcificaciones, trombosis, infarto, tumores).
- Grado de desarrollo (clasificación de Grannum).
- Inserción del cordón umbilical.
- Morfología.
- Verificar la presencia de acretismo, placenta previa, desprendimiento de la placenta.

2.2.2 Sufrimiento fetal Agudo

2.2.2.1 Definición¹⁷:

“No existe consenso respecto a una definición precisa de Sufrimiento Fetal (SF). Se acepta generalmente que es sinónimo de hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto”.

El Sufrimiento Fetal Agudo es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto maternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración del homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal, aproximadamente el 5,0% ocurre antes del inicio del trabajo de parto, 85,0% durante el parto y expulsivo.

Por otro lado, Salinas define que el sufrimiento fetal agudo (SFA) es una perturbación grave de la homeostasia fetal, debida a un trastorno de la oxigenación fetal que se produce durante el trabajo de parto. Se manifiesta por una acidosis fetal, por un trastorno de la adaptación a la vida extrauterina, definida por una perturbación del Test de Apgar, por signos neurológicos y/o signos que indican un daño multisistémico.

2.2.22 Fisiopatología

Los factores que interfieren con la oxigenación fetal son aquellos relacionados con el flujo útero placentario y territorio feto placentario.

a.- Flujo útero placentario¹⁷

Como dice Salinas durante el trabajo de parto, el flujo útero-placentario es interrumpido durante las contracciones uterinas. Estudios de flujometría Doppler en seres humanos han demostrado una correlación prácticamente lineal entre el aumento de presión intraamniótica (0 a 60 mmHg) y el aumento de resistencia a nivel del territorio útero-placentario, llegando a reducirse hasta en un 60% cuando la presión intraamniótica alcanza valores de 60 mmHg. Las contracciones uterinas de Braxton Hicks alcanzan presiones intraamnióticas de solamente 20 a 30 mmHg, las cuales podrían afectar a fetos con compromiso placentario crónico. El patrón de las contracciones uterinas se va haciendo cada vez más frecuentes e intensas, alcanzando una presión intraamniótica de 60 mmHg y frecuencias de uno cada 2,5 a 3 minutos durante la segunda fase del trabajo de parto. Por lo tanto, durante esta última fase se presenta la máxima reducción de aporte de

oxígeno al feto, disminución del pH, y aumento del CO₂.

Además, Salinas refiere que la contracción uterina influye sobre la presión de perfusión porque perturba el aporte de sangre arterial al espacio intervelloso. El espacio intervelloso normal contiene entre 150 y 250 ml de sangre y el flujo sanguíneo en un espacio intervelloso normal es de 400 a 500 ml/min. La sangre arterial llega al espacio intervelloso con una presión de entrada promedio de 20 a 25 mmHg. Las variaciones sistólicas y diastólicas se encuentran atenuadas por la disposición anatómica particular de las arterias espirales, con dilatación en “embudo” al final del trayecto. La presión en las venas uterinas, es decir la presión de salida, es de 6 a 10 mmHg. La presión intervelloso media es de alrededor 15 mmHg.

b.- Flujo feto placentaria

“La contracción uterina parece tener poca influencia en el flujo feto-placentario, que se calcula en 300 a 400 ml/min. Independiente de los valores propuestos para la presión en la arteria umbilical, que van de 53 a 88 mmHg para la sistólica y de 24 a 41 para la diastólica, se constata que, si hay una interrupción, ésta es limitada”¹⁶.

Como dice Salinas¹⁷ frente a la hipoxia, gracias a adaptaciones que recurren a varios mecanismos, el feto reacciona, ante todo, manteniendo oxigenación de sus órganos esenciales, el cerebro, el corazón, las suprarrenales y la placenta, como hemos visto una disminución relativa del oxígeno es una circunstancia normal durante el trabajo de parto. Un feto normal es capaz de responder adecuadamente frente a la hipoxia a través de mecanismos tales como cardiovasculares, hormonales, metabólicos y de comportamiento.

Sin embargo, Founer¹⁸ describe que la hipoxia dificulta el transporte placentario de glucosa, que es oxígeno dependiente, transporte que, además, se haya reducido por la disminución del flujo útero-placentario. El feto sólo puede encontrar glucosa en sus reservas de glucógeno, las que moviliza gracias al aumento de la síntesis de corticotrofina y cortisol, disminuyendo la secreción de insulina y aumentando la de catecolaminas. Por otro lado, las reservas glicogénicas, que son sobretodo hepáticas, cardíacas y renales, se pueden agotar rápidamente, siendo de mayor velocidad en los fetos de término y en los fetos con restricción del crecimiento fetal.

Además, Salinas¹⁷ refiere que el balance ácido-básico fetal depende del sistema de taponamiento de bicarbonato que no es tan eficiente al interior del útero debido a que la capacidad del sistema de eliminar CO₂, como los pulmones a la atmósfera, no es tan efectiva. El CO₂ fetal es eliminado por difusión a través de la placenta y finalmente eliminado por el aparato respiratorio materno. La eliminación del CO₂ a través de la placenta es posible debido a la gradiente de concentraciones de CO₂ entre la circulación fetal y materna. La presión parcial de dióxido de carbono en el feto es entre 38 y 44 mmHg, mientras que en la madre es entre 18 y 24 mmHg.

Según Silvina¹⁹ la disminución de la transferencia de oxígeno al feto produce acidosis. Un feto requiere normalmente 5 a 10 ml O₂/Kg/min para mantener el crecimiento, desarrollo fetal y pH normales. La disminución del aporte de oxígeno puede ocurrir en forma aguda (desprendimiento placentario, hipertensión durante trabajo de parto), o crónica. En ambos casos el déficit de oxígeno produce un metabolismo anaeróbico con la generación de dos moles de lactato y dos moles de iones hidrógenos por cada mol de glucosa. Los iones de hidrógenos

generados reducen la concentración del tampón base (bicarbonato y proteínas), llevando inicialmente a una acidosis metabólica. Posteriormente, la excesiva cantidad de iones hidrógenos lleva a un aumento de la concentración de CO₂, produciendo una acidosis mixta.

2.3. Definición de Términos Básicos

Placenta: “Es el órgano que relaciona estrechamente al feto con su madre y atiende las necesidades de respiración y excreción del feto durante su desarrollo”²⁰.

Grado placentario: “Viene a ser los cambios que sufre la placenta a nivel de la placa basal, Coriónica y en el parénquima durante el embarazo”²¹.

Edad gestacional: “Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos”²⁰.

Sufrimiento fetal agudo: “Es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto materno, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración del homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal”²⁰.

CAPÍTULO III

III. ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis:

Hipótesis general

H_a : El grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente tiene relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho.2016.

H_0 : El grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente no tiene relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho.2016.

3.2. Sistema de Variables, Dimensiones e Indicadores

Variable 1

-Grado de madurez placentaria ecográfico

Variable 2

-Sufrimiento fetal en el trabajo de parto

CAPÍTULO IV

IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1. Dimensión Espacial y Temporal

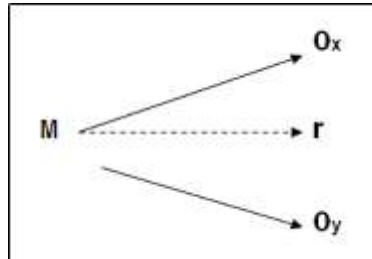
La investigación fue realizada en el Centro de Salud San Juan Bautista, que está ubicado en la Av. Malvinas N° 110, del distrito de San Juan Bautista, provincia Huamanga, departamento Ayacucho, el estudio fue realizado durante el año 2016.

4.2. Tipo de Investigación²²⁻²³

- a.- Según la intervención del investigador: Fue “observacional, porque el investigador no interviene de ninguna forma, no afecta en la evolución natural de los eventos limitándose a observar”.
- b.- Según la planificación de datos: “Retrospectivo, porque los datos fueron recogidos de las historias clínicas, base de datos o cualquier otro tipo de registro, donde el investigador no participa”.
- c.- Según el número de ocasiones en que se mide la variable de estudio: “Transversal, porque las variables de estudio fueron medidos en una sola ocasión”.
- d.- Según el número de variables: “Analítico, porque la presente investigación plantea y pone a prueba de hipótesis explicativo, al análisis estadístico, es por lo menos bivariado teniendo como nivel más básico la asociación entre factores”.

4.3. Diseño de Investigación²³

El diseño del estudio corresponde a un diseño “relacional de corte transversal o transeccional y se esquematiza de la siguiente manera”:



4.4. Determinación del Universo/Población y muestra

4.4.1 Universo

Estuvo conformado por todas las gestantes del distrito de San Juan Bautista que se atienden en el Centro de Salud San Juan Bautista.

4.4.2 Población

Estuvo constituido por todas las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Juan Bautista al servicio de ecografía, que terminaron su parto en el Centro de Salud San Juan Bautista durante el año 2016, siendo N=.140

4.4.3 Muestra

Fue conformada por 80 gestantes con diagnóstico ecográfico de grado de madurez placentaria que terminaron su parto en el Centro de Salud San Juan Bautista durante el año 2016.

Tipo de muestreo

Fue no probabilístico, seleccionado de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de grado de madurez placentaria ecográfico.
- Informes ecográficos legibles con sello y firma del personal que realiza el examen.
- Gestantes que terminaron su parto en el Centro de Salud San Juan Bautista durante el año 2016.

Criterios de exclusión

- Gestantes sin informe ecográfico.
- Gestantes controladas en otro establecimiento y que terminaron su parto en el centro de salud san juan bautista.

4.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos²⁴**4.5.1 Las fuentes**

Se utilizó: “la historia clínica materno perinatal, informe ecográfico y el partograma, que vienen a ser una fuente secundaria”.

4.5.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Siendo la técnica “documentaria o documental y el instrumento fue una ficha de recolección de datos, este instrumento fue validado por la técnica Delphi que consiste en

obtener cinco expertos para validar el instrumento, también se evaluó la consistencia interna mediante el índice de Alfa de Cronbach en el programa de SPSS versión 21”.

El instrumento en primer segmento indica sobre los datos de filiación, en el segundo segmento indica sobre la variable independiente y como tercer segmento sobre la variable dependiente.

Validez del instrumento:

a) Técnica o método Delphi

JUECES	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA	CALIFICACIÓN CUALITATIVA
Dra. Laura L. Saire Bocángel	20	MUY BUENO
Dr. Johnny R. Huamán Chávarry	20	MUY BUENO
Mg. Martha A. Calderón Franco	20	MUY BUENO
Mg. Noemí Y. Quispe Cadenas	20	MUY BUENO
Mg. Odilia Tenorio De La Cruz	20	MUY BUENO
TOTAL	20	MUY BUENO

b) Confiabilidad del instrumento

ESCALA DE FIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N° DE ELEMENTOS	ESCALA
0.679	6	moderada confiabilidad

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

4.6. 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 paquete estadístico SPSS v. 21.

Para el análisis de datos se utilizó la prueba estadística de 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.

CAPÍTULO V

V. RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01. Medidas de tendencia central de la edad de las gestantes con diagnóstico ecográfico de grado de madurez placentaria.

<i>Centro de Salud San Juan Bautista</i>		<i>Año 2016.</i>
Edad de las gestantes		
Casos válidos		80
Media		26,8
Mediana		27
Moda		31
Mínimo		15
Máximo		40

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observan las medidas de tendencia central de la edad de 80 gestantes, de los cuales el valor que se obtiene sumando las edades y dividiéndolos por el número total de gestantes es 26,8 años (media), el percentil 50 % de las edades es 27 años (mediana) y la edad más frecuente entre ellas es 31 años (moda). También la tabla muestra que la edad mínima es de 15 años y la máxima de 40 años.

Tabla 02. Edad categórica de las gestantes con diagnóstico de grado de madurez placentaria ecográfico.

Centro de Salud San Juan Bautista

Año 2016.

Edad	Frecuencia(N)	Porcentaje (%)
Adolescente	16	20,0
Adulta Joven	34	42,5
Adulta	30	37,5
Total	80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observa la edad categórica de las gestantes con diagnóstico de grado placentario ecográfico, siendo el 20,0% adolescentes, 42,5% adulta joven y el 37,5% adulta respectivamente.

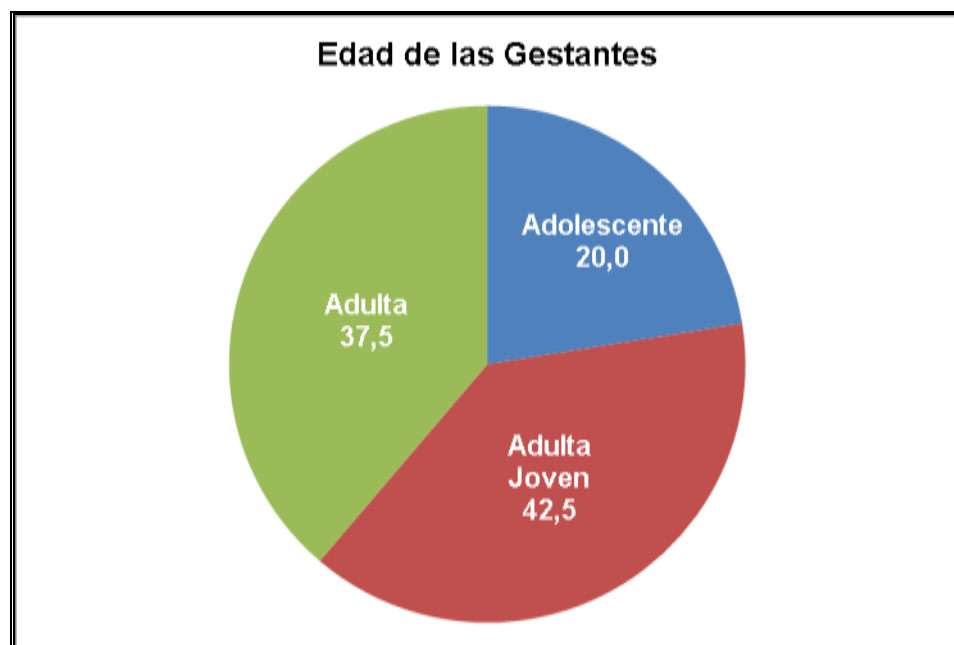


Figura 02. Edad de las gestantes

Tabla 03. Resultado de la edad gestacional en gestantes con diagnóstico ecográfico de grado de madurez placentaria.

Centro De Salud San Juan Bautista

Año 2016.

Edad Gestacional	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Pretérmino	6	7,5
A término	58	72,5
Postérmino	16	20,0
Total	80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado de la edad gestacional en gestantes con diagnóstico ecográfico de grado placentario donde el 7,5% presenta una edad gestación pre término, el 72,5 % a términos y el 20,0% pos términos.

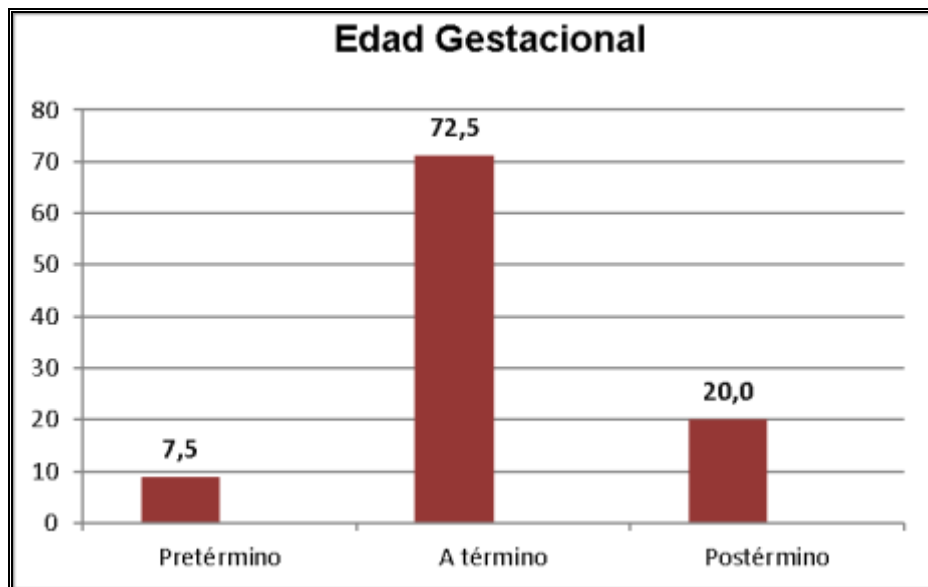


Figura 03. Edad Gestacional

Tabla 04. Grado de madurez placentaria ecográfico.

Centro de Salud San Juan Bautista

Año 2016.

Grado de madurez placentario	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Grado III	40	50,0
Otros Grados	40	50,0
Total	80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado de grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente, donde el 50,0 % es de grado III (madura) y el 50,0 % de otros grados placentarios que incluye al grado I, II.

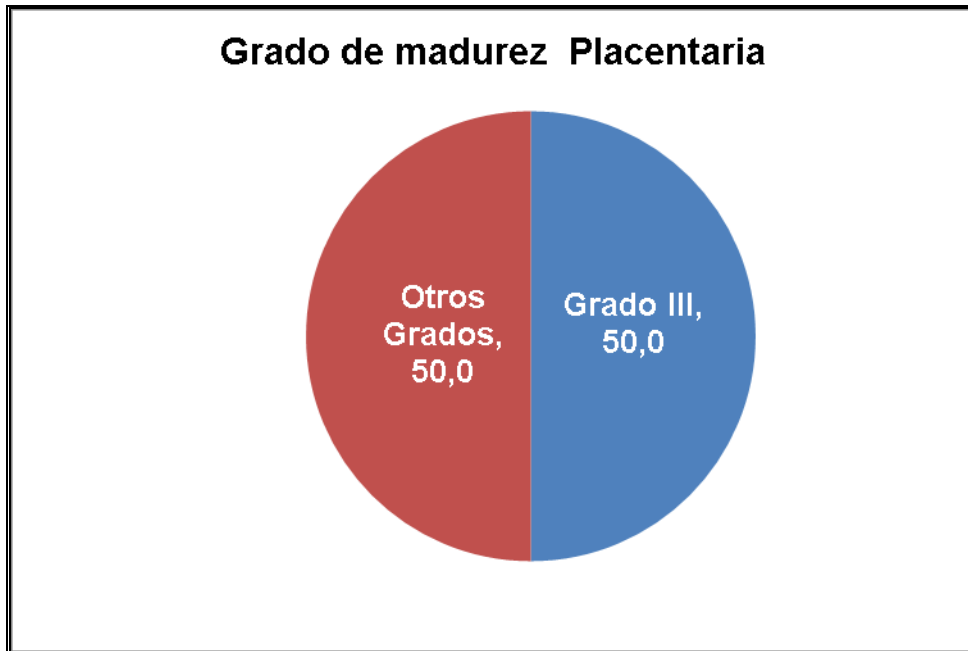
**Figura 04.** Grado de madurez placentaria ecográfico.

Tabla 05. Sufrimiento fetal en el trabajo de parto.

<i>Centro De Salud San Juan Bautista</i>		<i>Año 2016.</i>
Sufrimiento Fetal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	42	52,5
No	38	47,5
Total	80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado de sufrimiento fetal en el trabajo de parto, donde el 52,5% si presentó sufrimiento fetal y el 47,5% no presentaron sufrimiento fetal durante el trabajo de parto respectivamente.

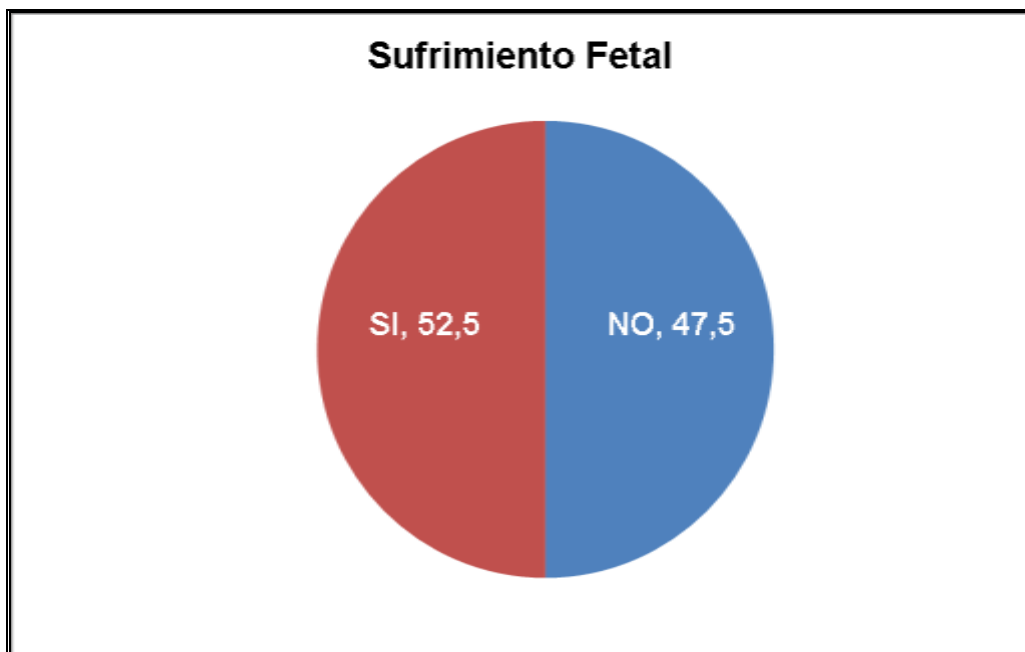
**Figura 05.** Sufrimiento fetal en el trabajo de parto.

Tabla 06. Bradicardia fetal.*Centro De Salud San Juan Bautista**Año 2016.*

Bradicardia Fetal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	42	52,5
No	38	47,5
Total	80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado de bradicardia fetal en el trabajo de parto, donde el 52,5% si presentaron bradicardia fetal y el 47,5% no presentaron bradicardia fetal en el trabajo de parto respectivamente.

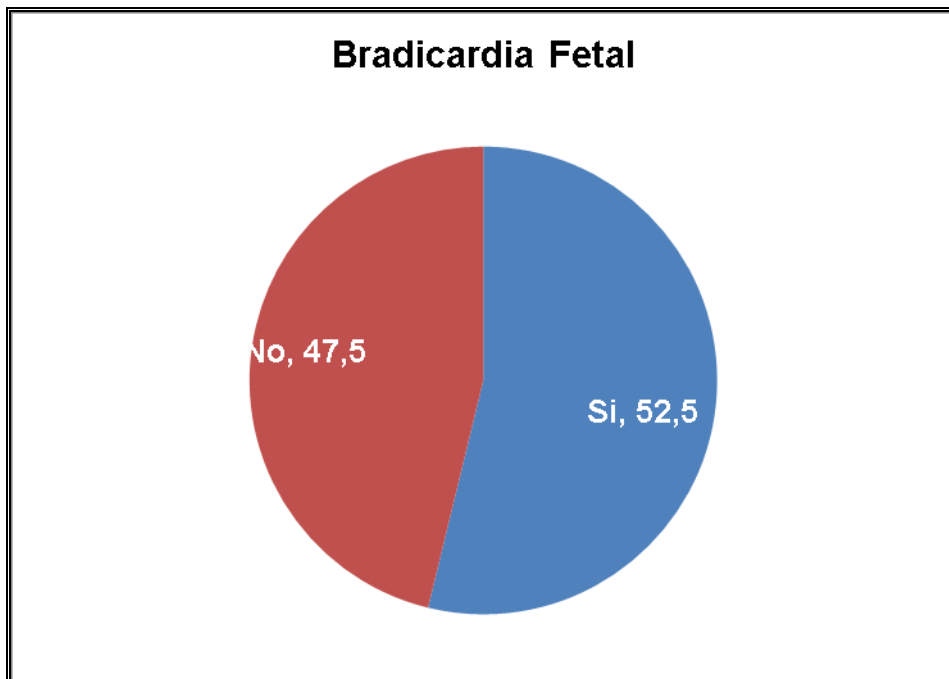
**Figura 06.** Bradicardia fetal.

Tabla 07. Taquicardia fetal en el trabajo de parto

<i>Centro de Salud San Juan Bautista</i>		<i>Año 2016</i>
Taquicardia Fetal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	36	45,0
No	44	55,0
Total	80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado de taquicardia fetal en el trabajo de parto, donde el 55,5 % si presentaron taquicardia fetal y el 45,0% no presentaron taquicardia fetal en el trabajo de parto respectivamente.

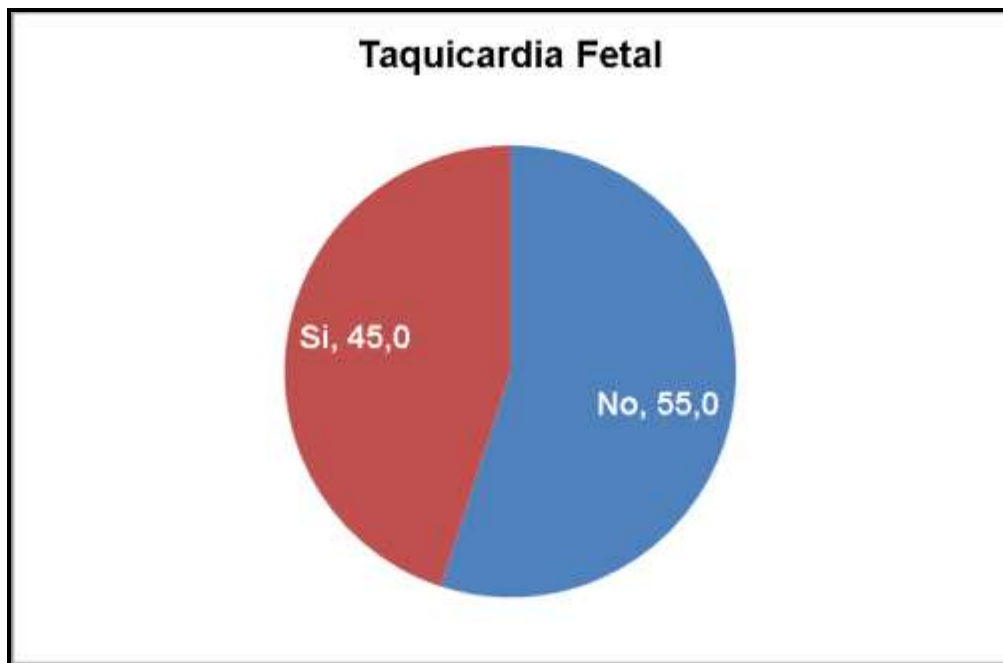
**Figura 07.** Taquicardia fetal.

Tabla 08. Apgar bajo del recién nacido.

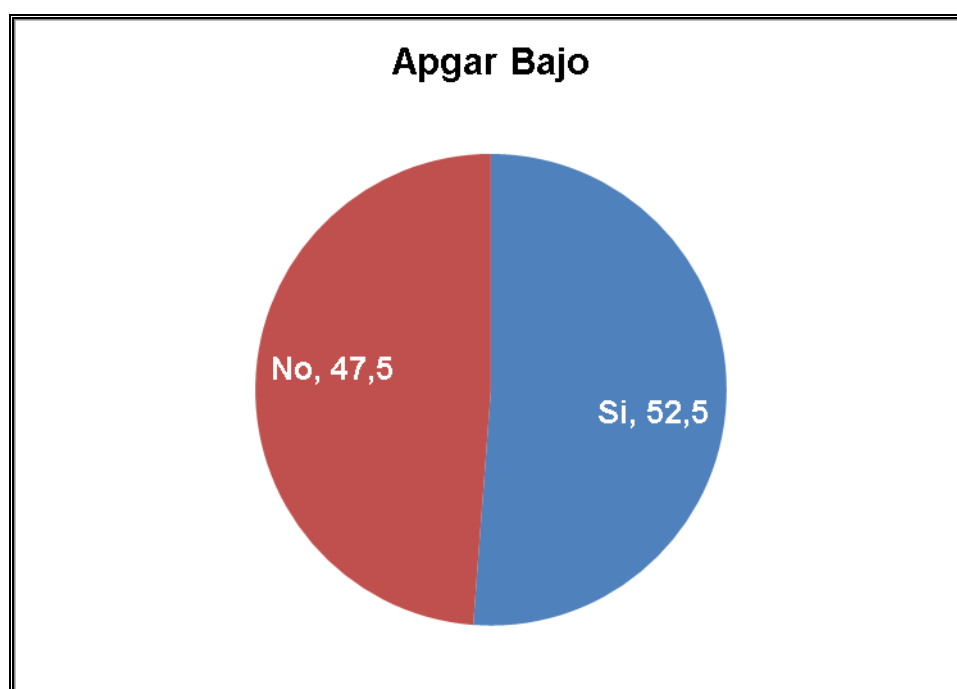
Centro de Salud San Juan Bautista

Año 2016

Apgar bajo	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	38	47,5
No	42	52,5
Total	80	100,0

Fuente: Base de datos SPSS V 21

Interpretación: En la presente tabla se observa el resultado del Apgar del recién nacido, donde el 47,5 % presentó Apgar bajo al nacer y el 52,5 % no presentó Apgar bajo al nacer respectivamente.

**Figura 08.** Apgar bajo del recién nacido.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 09. Tabla de contingencia para observar el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y su relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista- Ayacucho.2016.

Grado de madurez placentaria		Sufrimiento Fetal				Total	
		Si		No			
		N°	%	N°	%	N°	%
Grado III		27	33,8	13	16,3	40	50,0
Otros grados		15	18,8	25	31,3	40	50,0
Total		42	52,5	38	47,5	80	100,0

$K=0,367$ ($p=0,00$)

Planteamiento de Hipótesis

H_1 : El grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente tiene relación significativa con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista- Ayacucho.2016.

H_0 : El grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente no tiene relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho.2016

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Medida de acuerdo Kappa	,367	,044	6.868	,000
N de casos válidos	80			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Toma de decisión

En las gestantes con diagnóstico de grado de madurez diagnosticada ecográficamente en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante el año 2016, con un valor de $p=0.00$, decimos que el grado de madurez placentaria está relacionada con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto, así mismo el valor de $k = 0,367$ decimos que existe una discreta concordancia entre el grado de madurez placentaria diagnosticado ecográficamente y el sufrimiento fetal.

DISCUSIÓN

Con la finalidad de identificar el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista en el año 2016, se ha construido la tabla N° 04, en la que se identifica que el grado de placenta más frecuente es el de grado III (madura) en un 50,0 %, seguida de los otros grados en un 50,0 %; según los investigadores Arévalo Rioja, Lucia y Rard Barrera, Patricia, en su investigación denominada, características clínicas del trabajo de parto y su relación con el sufrimiento fetal agudo, muestra en sus resultados que las gestantes presentaban ecografías obstétricas con grado III (Madura) en un 60,0% y el 20,0% con placenta post madura, y por otro lado el investigador Yaranga Abregú, Juan de Dios, en su trabajo de investigación denominada resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios, donde el 41,7% de gestantes presentaron evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y el 58,3% carecían de calcificaciones, existiendo similitud con ambos trabajos de investigación.

Se ha identificado el número de casos de sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista durante el año 2016, para ello se ha construido la tabla N° 05, en la que se identifica que en un 52,5% presentó sufrimiento fetal y en un 47,5% no presentaron sufrimiento fetal durante el trabajo de parto, según García Sánchez Enrique, en su investigación denominada Morbi-mortalidad en embarazo de Postérmino, refiere que el Sufrimiento Fetal Agudo se presentó en un 31,0% en embarazos de pos término y un grado III de placenta durante el trabajo de parto.

Para Comparar los resultados del grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto para establecer la relación entre ellos en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista en el año 2016, se han construido las tablas N°04, 05, donde podemos decir que el grado de placenta más frecuente es de grado III (madura) y que la mayor parte de las gestantes presentaron sufrimiento fetal durante el trabajo de parto.

Para conocer la relación que existe entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, se ha creado la tabla N°09, en donde se observa que del 100,0%(80) gestantes, el 50,0% presentó un grado III (madura) de placenta ecográficamente, de los cuales el 33,8% presentó sufrimiento fetal en el trabajo de parto y sólo 16,3% no presentó sufrimiento fetal; sin embargo en los otros grados de placenta representada en un 50,0%, el 18,8% presentó sufrimiento fetal y el 31,3% no presentó sufrimiento fetal en el trabajo de parto; de ello podemos decir que el sufrimiento fetal se dio con más frecuencia en gestantes con diagnóstico ecográfico de grado III de placenta.

Según, el investigador García Sánchez, Enrique en su investigación ya mencionada anteriormente, concluyó en que el embarazo Postérmino y placenta madura (grado III) aumenta significativamente la morbilidad perinatal, mostrando un aumento en el número de recién nacidos con sufrimiento fetal agudo de un 6,2 % en embarazos de término hasta un porcentaje de más del doble en embarazos de Postérmino (16,45%).

Además, las investigadoras Arévalo Rioja, Lucia y Rard Barrera, Patricia, en su investigación ya mencionada, concluyeron en que no existe relación estadística ($p > 0,05$) entre las características clínicas de trabajo de parto y el sufrimiento fetal agudo, sin embargo, que si existe una relación significativa entre el grado de placenta y el sufrimiento fetal agudo.

Sin embargo, el investigador Yaranga Abregú, Juan de Dios en su investigación ya mencionada, concluyó en que las gestantes con embarazo prolongado con evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios el riesgo de resultados perinatales adversos es mayor que en aquellas que no presentaron, con resultado adverso predominante de sufrimiento fetal agudo en un 7,5%.

En conclusión, podemos decir que los trabajos de investigación mencionados anteriormente, los resultados se asemejan a los resultados obtenidos en este presente trabajo de investigación y se puede decir que el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente sí está relacionado discretamente con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto.

CONCLUSIONES

El grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, más frecuente fue el grado III (madura) en un 50,0% y otros grados en un 50,0% conformada por los grados I y II respectivamente.

En cuanto a los casos de sufrimiento fetal podemos concluir que en un 52,5% presentaron sufrimiento fetal, de ello podemos decir que el 27,5% presentaron taquicardia fetal y el 41,3% presentó bradicardia fetal, durante el trabajo de parto.

Se concluye que, si existe una relación entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, porque fue sometida a la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson ($p = 0.00$) y Kappa ($k=0.367$)

Al Comparar los resultados de grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto; se tiene que del 100,0%(80) gestantes, el 50,0% presentó un grado III (madura) de placenta, de los cuales el 33,8% presentó sufrimiento fetal durante el trabajo de parto encontrándose a si una relación discreta entre ambas variables de estudio.

RECOMENDACIONES

A los obstetras realizar estudios similares en toda paciente en trabajo de parto con diagnóstico de sufrimiento fetal, con una muestra que incluya un número mayor de pacientes con diagnóstico ecográfico de grado placentario, para obtener mejores resultados.

A los gerentes o jefes de establecimientos de salud generalizar el uso de la ecografía en todos los establecimientos de salud para un mejor manejo de gestante que podrían presentar alguna complicación durante el embarazo.

Que los profesionales de salud obstetras y médicos encargados de realizar la ecografía obstétrica en el Centro de Salud San Juan Bautista, sean más precisos en la medición del espesor placentario y en observar las características placentarias para un diagnóstico adecuado, porque dependerá de ello para que el parto sea por la mejor vía y que el feto nazca en buenas condiciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán J. Ecografía Ginecológica y Obstétrica. Rev. Digital. 2010 Febrero; I(1).
2. Peter W, Callen MD. Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Quinta Edición. Editor; Elsevier España. 2009; Pp 600-650.
3. Gude NM, Roberts CT, Kalionis B, y et. Growth and Function of the normal human Placenta. Rev. Thromb. Mayo. 2004; CXIV(6).
4. Abramowicz JS, Sheiner E. In utero imaging of the placenta. In Conferencia de Ecografías. España. 2007; Pp. 14-22.
5. Infante A. Manual Básico de Ecografía Obstétrica. Primera Edición. Bautista. Editor. Ayacucho: Copygraph Bautista. 2012.
6. García, E. Morbimortalidad en Embarazo Postérmino, Hospital General de Atizapan Zaragoza. Tesis Para Optar La Especialidad en Ginecología y Obstetricia. México: Universidad Autonoma del Estado de México, Departamento de Estudios Avanzados; 2014. Pp 4-28.
7. Aréval L, Rard P. Características Clínicas de Trabajo de Parto y su relación con el Sufrimiento Fetal Agudo en madres atendidas. Tesis Para Optar Título Profesional de Obstetricia. Tarapoto.Universidad Nacional De San Martín; 2014. Pp 12-30.
8. Yaranga JDD. Resultados Perinatales en embarazo prolongado con evidencia de calcificaciones placentarias y oligohidramnios en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis de Segunda Especialidad Gineco Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2006.

9. Rodríguez Y, Mendieta H. La Placenta como un Órgano Endocrino Compartido y su acción en el Embarazo Normo Evolutivo. Rev. De Medicina e Investigación. Abril. Argentina. 2014; II(1).Pp 28-34.
10. Benitez M. La Placenta y la Barrera placentaria. Rev. Ginecología y Obstetricia. Mayo.2008;.LIV(8). Pp. 270-278.
11. Simon C, Horcajadas J. El Endometrio Humano. Segunda Edición, Editorial Medica Panamericana; España. 2009. 178 p.
12. Donley L, Clamplin J. Funciones de la Placenta. Anaesth Intensive Care. Junio.2010; XII(3).Pp 111-115.
13. Knipp GT, Audus KL, Soares MJ. Función Placentaria. Rev. Adv Drug Deliv. Mayo.1999; XXXVII(1).Pp 41-58.
14. Sullivan MH. Endocrine Cell Lines From The Placenta. Rev. Mol Cell Endocrinol. Junio.2004; xxx(2). Pp 103-119.
15. Fowden AL, Forhead AJ. Edocrine regulation of feto placentaria. Rev. Ginecologia y Obstetricia. Abril. 2009; LXXII(5).12-16
16. Pérez A. Obtetricia. Editorial Mediterráneo. Cuarta Edición. España; 2011.Pp 1300-1390.
17. Salinas H, Parra CM. Guías clínicas en obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile, Ginecología y Obstetricia. Santiago de Chile. 2005.
18. Founner A, Conner L. Sufrimiento Fetal Agudo. Editor Connan. Ginecología y obstetricia. Chile; 1997. Pp. 1385-1390.
19. Silvina N, Vispo J. Sufrimiento Fetal Agudo. Rev. de Post Grado de la Vía Catedra de Medicina. Febrero. 2002; X(112).37-44

20. Zchwarcz R, Fesaña R, Duverges C. Obstetricia. Sexta Edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo; 2005.
21. Robles M, Silva A. Madurez Placentaria Detectada por Ultrasonografía. Rev. Lilacs Diagnóstico. Agosto.1986; XVIII(2).pp 37- 43
22. Centty B. Manual metodológico para la investigación científica. Universidad Nacional De San Agustin, Arequipa. 2006.
23. Supo J. Metodología para el investigador científico para las ciencias de la salud. Seminarios de investigación científica. Arequipa. 2014.Pp. 1-19.
24. Supo J. Bases Para Análisis de Datos clínicos y Epidemiológicos, Apuntes de Estadística. Investigación científica, Arequipa, 2010;Pp. 1-2.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO.2016

PROBLEMA General y Específico	OBJETIVOS General y Específicos	HIPÓTESIS	VARIABLES y DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p>GENERAL ¿Cuál es el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y su relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?</p> <p>ESPECÍFICOS ¿Cuántos son los casos de grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente en el Centro de San Juan Bautista, Ayacucho, 2016? ¿Cuántos son los casos de</p>	<p>GENERAL ¿Conocer el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y su relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?</p> <p>ESPECÍFICOS Identificar el número de casos de grado de madurez placentaria diagnosticado ecográficamente en el centro de salud san juan bautista. 2016.</p>	<p>GENERAL H1 El grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente tiene relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. 2016. Ho El grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente no tiene</p>	<p>VARIABLE 1 Grado de madurez placentaria ecográfico <u>DIMENSIÓN:</u> Diagnóstico ecográfico prenatal</p> <p>VARIABLE 2 Sufrimiento fetal en el trabajo de parto DIMENSION Diagnóstico clínico intraparto</p>	Eficacia: SI – NO	<p>NIVEL Y TIPO DE INV. El tipo de investigación Es observacional, retrospectivo, transversal y analítico Método de inv. Analítico. Diseño de inv. Relacional de corte transeccional. Esquema: Esquematizar según el diseño elegido.</p>	<p>POBLACIÓN Conformada por 140 gestantes con informe ecográfico atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho.2016 MUESTRA: conformada por 80 gestantes con grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente, que culminaron su parto en el Centro de Salud San Juan Bautista. Ayacucho. 2016 MUESTREO: No probabilístico, por criterio de inclusión y exclusión. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Análisis documental de informes ecográficos, historia clínica materno perinatal INSTRUMENTO</p>

<p>sufrimiento fetal durante el trabajo de parto en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?</p> <p>¿Cuáles son las diferencias significativas entre el grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016?</p>	<p>Identificar el número de casos de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto, Centro de Salud San Juan Bautista. 2016.</p> <p>Comparar los resultados del grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y el sufrimiento fetal en el trabajo de parto para establecer la relación entre ellos en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, 2016.</p>	<p>relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. 2016.</p>				<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>TECNICAS ESTADÍSTICAS</p> <p>Estadístico de prueba (SPSS v 21):</p>
---	--	---	--	--	--	--

ANEXO N°02

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable		Tipo	Escala	Indicador	Categoría o valor final	Fuente
Variable 1	Grado de madurez placentaria ecográfico	Cualitativa	Ordinal	Grado I	Si no	Hoja de informe ecográfico
				Grado II	Si no	
				Grado III	Si no	
Variable 2	Sufrimiento fetal en el trabajo de parto	Cualitativa	Nominal	Latido cardiaco normal LCF= 120-160lpm	Si no	Historia clínica materno perinatal
				Bradicardia LCF= Mayor a 160lpm	Si no	
				Taquicardia LCF= Menor de 120 lpm	Si no	
Variables de interés	Edad	Cuantitativa	Ordinal	Fecha de Nacimiento	Edad en años cumplidos	DNI
	Edad Gestacional			Padrón de Gestantes	Semana de Gestación	Historia clínica

ANEXO N° 03



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POST GRADO



Ficha de recolección de datos

El presente estudio titulado “**Grado de madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y su relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto, en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho.2016**”

Objetivo: Conocer el grado madurez placentaria diagnosticada ecográficamente y su relación con el sufrimiento fetal en el trabajo de parto, en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2016.

N° HISTORIA CLINICA.....

1.- DATOS DPERSONALES

1.1 EDAD:..... AÑOS

- A.-Adolescente (12 - 17 años) ()
 b.- Adulta joven (18 - 29 años) ()
 c.- Adulta (30 - 49años) ()

2.- DATOS OBSTÉTRICOS

2.1 EDAD GESTACIONAL:..... SEMANAS

- a.- Pretérmino (menor 37 sem) ()
 b.- A término (37- 40 sem) ()
 c.- Postérmino (mayor a 40 sem) ()

3.- VARIABLE INDEPENDIENTE

3.1 GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA ECOGRÁFICO

- a.- Grado I ()
 b.- Grado II ()
 c.- Grado III ()

4.- VARIABLE DEPENDIENTE

4.1 SUFRIMIENTO FETAL SI () NO ()

- a.- Bradicardia (LCF: menor a 120 lpm) ()
 b.- Taquicardia (LCF: mayor a 160 lpm) ()
 C.-Normal (120-160 lpm) ()
 d.- Apgar bajo (puntaje menor a 7) ()

ANEXO N° 04

HOJA PERINATAL MATERNA

ANEXO N° 3 HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL

No. HC _____

Apellidos y Nombres: _____ **Establecimiento:** _____

Establ. Origen: No Aplica Establecimiento Otro **Tipo Seguro:** Seguro ESSALUD PRIVADO Otro **Código Afiliación Seguro:** _____

DNI N°: _____ **Dirección:** _____ **Ocupación:** _____ **Edad:** _____ años

Localidad: _____ **Cod. Sector:** _____ **Estudios:** Analíticas Primarias Secundaria Superior No Ley 2° probados 3° probados

Departamento: _____ **Provincia:** _____ **Estado Civil:** _____ **Padre RN:** _____

Distrito: _____ **Teléfono:** _____ **Correo electrónico:** _____

Antecedentes Obstétricos:

Gestas: 0 ó + 3 < 2500 g Múltiple < 37 sem.

Abortos: Paros Gestaciones Nacidos vivos Muerto - 1ra semana Después - 1ra semana

Vaginales Cesáreas Nacidos muertos Después - 1ra semana

Antecedentes Familiares: Ninguno Alergias Enfer. Hipertens. Eritr. Epilepsia Enferm. Congénita Emb. Múltiple Malicia Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Neoplasia TBC Pulmonar Otros

Antecedentes Personales: Ninguno Aborto habitual/recurrente Alcoholismo Alergia a medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pélv. / Uterino Diabetes

Gestación Anterior: Fecha: ____/____/____ **Terminación:** Parto Vaginal Cesárea Aborto Muerto - 1ra semana No Aplica **Si fue aborto:** Incompleto Completo Fútil/Retenido Síntico No Aplica **Lactancia Materna:** No hubo 1-3 meses 3 meses o más No aplica **Lugar del parto:** EE.UU. Extranj.

Antecedentes Personales (Cont.): Ectoplasia Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Coca Intoxicación Neoplasias Otras Drogas Parto prolongado Placenta previa Prematuridad Reten. placenta Tabaco TBC Pulmonar Transmisionales VIH/SIDA Otros

Vac. Previas: Rubéola Sí No Hepatitis B Sí No Papiloma Virus Sí No Fiebre Amarela Sí No

Peso y Talla: **Peso Habitual:** _____ kg **Talla:** _____ cm

Antitétanos: **N° Dosis Previa:** _____ **Dosis:** _____ **Si aplica:** Sí No **Fecha de gestación:** _____

Tipo de Sangre: **Grupo:** A B AB O **Rh:** Rh (+) Rh (-) Rh (+) Rh (-)

Fuma: No Sí **Drogas:** No Sí

Fecha Última Menstruación: FUM: ____/____/____ **Duda:** Sí No **EG (Ecografía):** No Aplica Sí **Fecha:** ____/____/____ **Fecha Probable de Parto:** ____/____/____

Hospitalización: **Hospitalización:** Sí No **Fecha:** ____/____/____ **Diagnóstico:** _____ **CIE10:** _____

Emergencia: **Fecha:** ____/____/____ **Diagnóstico:** _____ **CIE10:** _____

Violencia / género: **Ficha Tamizaje:** Sí No **Violencia:** Sí No **Fecha:** ____/____/____

Examen Físico: **Clítico:** Sí No **Mamas:** Sí No **Cuello Uterino:** Sí No **Pelvis:** Sí No **Ddent.:** Sí No

Exámenes de Laboratorio:

Examen	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
Hemoglobina 1	____/____/____	____	Hemoglobina 2	____/____/____
Hemoglobina 3	____/____/____	____	Hemoglobina 4	____/____/____
Hemoglobina 5	____/____/____	____	Hemoglobina 6	____/____/____
Hemoglobina 7	____/____/____	____	Hemoglobina 8	____/____/____
Hemoglobina 9	____/____/____	____	Hemoglobina 10	____/____/____
Hemoglobina 11	____/____/____	____	Hemoglobina 12	____/____/____
Hemoglobina 13	____/____/____	____	Hemoglobina 14	____/____/____
Hemoglobina 15	____/____/____	____	Hemoglobina 16	____/____/____
Hemoglobina 17	____/____/____	____	Hemoglobina 18	____/____/____
Hemoglobina 19	____/____/____	____	Hemoglobina 20	____/____/____
Hemoglobina 21	____/____/____	____	Hemoglobina 22	____/____/____
Hemoglobina 23	____/____/____	____	Hemoglobina 24	____/____/____
Hemoglobina 25	____/____/____	____	Hemoglobina 26	____/____/____
Hemoglobina 27	____/____/____	____	Hemoglobina 28	____/____/____
Hemoglobina 29	____/____/____	____	Hemoglobina 30	____/____/____
Hemoglobina 31	____/____/____	____	Hemoglobina 32	____/____/____
Hemoglobina 33	____/____/____	____	Hemoglobina 34	____/____/____
Hemoglobina 35	____/____/____	____	Hemoglobina 36	____/____/____
Hemoglobina 37	____/____/____	____	Hemoglobina 38	____/____/____
Hemoglobina 39	____/____/____	____	Hemoglobina 40	____/____/____
Hemoglobina 41	____/____/____	____	Hemoglobina 42	____/____/____
Hemoglobina 43	____/____/____	____	Hemoglobina 44	____/____/____
Hemoglobina 45	____/____/____	____	Hemoglobina 46	____/____/____
Hemoglobina 47	____/____/____	____	Hemoglobina 48	____/____/____
Hemoglobina 49	____/____/____	____	Hemoglobina 50	____/____/____
Hemoglobina 51	____/____/____	____	Hemoglobina 52	____/____/____
Hemoglobina 53	____/____/____	____	Hemoglobina 54	____/____/____
Hemoglobina 55	____/____/____	____	Hemoglobina 56	____/____/____
Hemoglobina 57	____/____/____	____	Hemoglobina 58	____/____/____
Hemoglobina 59	____/____/____	____	Hemoglobina 60	____/____/____
Hemoglobina 61	____/____/____	____	Hemoglobina 62	____/____/____
Hemoglobina 63	____/____/____	____	Hemoglobina 64	____/____/____
Hemoglobina 65	____/____/____	____	Hemoglobina 66	____/____/____
Hemoglobina 67	____/____/____	____	Hemoglobina 68	____/____/____
Hemoglobina 69	____/____/____	____	Hemoglobina 70	____/____/____
Hemoglobina 71	____/____/____	____	Hemoglobina 72	____/____/____
Hemoglobina 73	____/____/____	____	Hemoglobina 74	____/____/____
Hemoglobina 75	____/____/____	____	Hemoglobina 76	____/____/____
Hemoglobina 77	____/____/____	____	Hemoglobina 78	____/____/____
Hemoglobina 79	____/____/____	____	Hemoglobina 80	____/____/____
Hemoglobina 81	____/____/____	____	Hemoglobina 82	____/____/____
Hemoglobina 83	____/____/____	____	Hemoglobina 84	____/____/____
Hemoglobina 85	____/____/____	____	Hemoglobina 86	____/____/____
Hemoglobina 87	____/____/____	____	Hemoglobina 88	____/____/____
Hemoglobina 89	____/____/____	____	Hemoglobina 90	____/____/____
Hemoglobina 91	____/____/____	____	Hemoglobina 92	____/____/____
Hemoglobina 93	____/____/____	____	Hemoglobina 94	____/____/____
Hemoglobina 95	____/____/____	____	Hemoglobina 96	____/____/____
Hemoglobina 97	____/____/____	____	Hemoglobina 98	____/____/____
Hemoglobina 99	____/____/____	____	Hemoglobina 100	____/____/____

NTS N° -MNSA/DGSP, V.01
 NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (año/mes/día)	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest. (semanas)									
Peso madre (kg)									
Temperatura (°C)									
Presión arter.(mm. Hg)									
Pulso materno (por min.)									
Altura Uterina (cm)									
Situación (L/TNA)									
Presentación (CP/NA)									
Posición (D/NA)									
F.C.F. (por min./NA)									
Mov.fetal (N/+/++/MS/NA)									
Proteína C reactiva (N/+/++/NSH)									
Edema (N/+/++/SE)									
Reflejo Osteotendinoso (0, + / ++ / +++)									
Examen de Pezón (Formado/ No Form./Sin Exami)									
Indic.Fierro (Ac Fólico (mayor o igual a 18 sem)									
Indic. Calcio									
Indic. Ac. Fólico									
Orient.Consel.(PF/ISHu/rev/VHT/C.No se hizo/NA)									
EG de Eco.Control (Sem/No se hizo/NA)									
Parto Eufísico (4, 6, 8, 10 de 10 hijo/NA)									
Cita (si/no)									
Visita domicil. (si/no/NA)									
Plan Parto (controlado/no se hizo/NA)									
Estab. de la atención									
Responsable atención									
Nro Formato SIS									

L = Longitudinal T = Transversa C = Cephalica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo

INCREMENTO DE PESO MATERNO

SEMANTAS DE AMENORREA

ALTURA UTERINA

SEMANTAS DE AMENORREA

Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas:

1. Sin patologías Fecha: / /

2. Sin patologías Fecha: / /

3. Sin patologías Fecha: / /

Otras patologías (CIE 10):

1:

2:

Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: _____

Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: _____

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si No No Aplica Fecha: / / Establ. Trasl: _____

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACIÓN PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si No No Aplica

HCMP : Aborción Preselel <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Producto de la concepción <input type="checkbox"/>		Producto de la concepción: Hijo único <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/>	
Ingreso al establecimiento por parto REFERENCIA AL INGRESO: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Fecha y Hora: / / INICIO: Exclamatorio <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/>	
PULSO MATERNO: / PRESIÓN ARTERIAL (Sistólica/Diastólica): / /		SITUACIÓN: Longitudinal <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> POSICIÓN: Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> PRESENTACIÓN: Cefálica <input type="checkbox"/> Pelvica <input type="checkbox"/>	
TAMAÑO FETAL ACORDE: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		ALTURA UTERINA: cm / F.C.F. / FECHA RUPTURA: / /	
DILATACIÓN: / / MEMBRANAS: Raras <input type="checkbox"/> Íntegras <input type="checkbox"/>		LÍQUIDO AMNIÓTICO: Claro <input type="checkbox"/> Verde claro <input type="checkbox"/> Verde oscuro <input type="checkbox"/>	
Signos y Síntomas de Alerta		Corticoides antenatales (28-34sem)	
Anasarca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hematuria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cianosis: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipertostática: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Escotomas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ictericia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epigastralgia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Petequias: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oloror hipocond. der.: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Proteinuria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Completo <input type="checkbox"/> No recibe <input checked="" type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> SEM. INICIO: / /	
Terminación Fecha: / /		Tipo Procedimiento	
TERMINACIÓN: P Espontánea <input type="checkbox"/> Feticida <input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/> Cesárea electiva <input type="checkbox"/> Casera emerg. <input type="checkbox"/>		CESÁREA: Corporal <input type="checkbox"/> Segmentaria <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
POSIC. GESTANTE: Horizontal <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		MEDICACIÓN en Parto (ver anexo) Sin medicación <input type="checkbox"/>	
PARTO GRAMA: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		MEDICACIÓN: 1. / 2. / 3. /	
PARTO CON ACOMPAÑANTE: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		MEDICAMENTOS: 1. / 2. / 3. /	
DURACIÓN: Normal <input type="checkbox"/> Prolongado <input type="checkbox"/> Precipitado <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Indicación Principal Parto Operatorio No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
MUERTE INTRAUTERINA: No hubo <input type="checkbox"/> Durante embarazo <input type="checkbox"/> Durante parto <input type="checkbox"/> Momento desconocido <input type="checkbox"/>		Atención	
EPISIOTOMIA: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		NIVEL: FONEP <input type="checkbox"/> FONE <input type="checkbox"/> FOME <input type="checkbox"/> FONI <input type="checkbox"/> Dedicados <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
DESGARROS: No hubo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		PARTO NEONATO: Médico <input type="checkbox"/> Residente Médico <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Insema <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Tec. en Enfermería <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
ALUMBRAMIENTO: Activo <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Manual <input checked="" type="checkbox"/>		Responsable de la atención del Parto: _____ (firma y sello)	
PLACENTA: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Retenido <input type="checkbox"/>		Responsable de la atención del Neonato: _____ (firma y sello)	
LIGADURA CORDÓN: Precoz <input type="checkbox"/> Tardía <input type="checkbox"/>		HC RN: / NOMBRE RN: /	
Recién Nacido		Patología Recién Nacido Sin patologías <input type="checkbox"/> Fecha: / /	
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>		1. / 2. / 3. /	
Peso: / g <input type="checkbox"/> < 2500 g <input type="checkbox"/> < 1500 g <input type="checkbox"/> > 4000 g <input type="checkbox"/>		Otras (CIE 10): 1: / 2: /	
Talla: / mm		Reanimación Respiratoria	
Edad por Ex. Físico: / años <input type="checkbox"/> < 37 <input type="checkbox"/> > 37 <input type="checkbox"/> APGAR: 4-6 <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
Peso x Edad Gestacional: Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>		Medicación En reanim. RN: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
Ex. Físico: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Necropsia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Vitamina K: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hospitaliz. S. Luética R/N: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Profilaxis Ocular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
EVOLUCIÓN RN: Depósitos: Macular <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Amarelle <input type="checkbox"/> Ictericia Precoz: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Ctri. Puérperio Inmediato: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Alojamiento Conjunto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Egreso RN	
Contacto Plac. a Plac: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Fecha: / /	
LME: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	
Vacunas RN: BCG: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hepatitis B: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Dx. Fallecim.: / /	
Tipo de Sangre: Grupo: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Rh: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/>		Dx. Traslado: / /	
Marañón postparto o abría: / /		Establ. Trasl.: / /	
Temperatura: / /		Alimento Al Alta: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Pulso (latidos/minuto): / /		Fecha y antídoto: / /	
Pres. Arterial (mm Hg) (mm Hg): / /		Antídoto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Involución uterina: / /		Peso: / /	
Caracter. Loquaz (Sangrado Leve, Moderado, Severo): / /		Egreso Materno	
Herida oper. (abdominal/perineal): / /		Fecha: / /	
Observaciones: / /		Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	
		Dx. Fallecim.: / /	
		Dx. Traslado: / /	
		Establ. Trasl.: / /	
		Anticonceptivos: Ligadura Tubaria <input type="checkbox"/> Anillo de cobre <input type="checkbox"/> MELA <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Progesterona <input type="checkbox"/> Progesterona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
		Reingreso RN: Reingreso: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		Fecha: / /	
		Diagnóst.: / /	
		Fecha egreso: / /	
		Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	
		Dx. Fallecim.: / /	
		Dx. Traslado: / /	
		Establ. Trasl.: / /	
		Fecha: / / Control: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Resolución Ministerial N° 008-2000-SA/DM, que aprueba la "Historia Clínica Materno Perinatal y su Aplicativo Analítico de Indicadores de Producción y Calidad de Servicios Materno Perinatales SIP 2000".

ANEXO N° 05
INFORME ECOGRÁFICO

CLAS: SAN JUAN BAUTISTA
SERVICIO DE ECOGRAFIA

Av. Las Malvinas Ciudad Libertad de las Américas - San Juan Bautista

INFORME OBSTETRICO

PACIENTE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

MOTIVO DEL EXAMEN: _____ F.P.P.: _____
Peso: _____

El estudio Ultrasonográfico evidencia:

1. FETO / EMBRION

Numero: () Único () Múltiple
Situación: () Longitudinal () Transverso () Oblicuo
Presentación: () Cefálico () Podálico () Otros
Dorso: () Izquierda () Derecha () Anterior () Posterior
DBP: _____ mm CA: _____ mm LF: _____ mm SG: _____ mm LCN: _____ mm Semanas: _____
Actividad Cardíaca: () Presente () Otro
Movimientos fetales: () Presente () Otro
Descripciones / Otros: _____

2. PLACENTA

Localización: () Fúndica () Anterior () Posterior
() Otras posiciones: _____

Grado 0 I II III
Espesor Placenta: _____ mm Diámetro A-P _____ V.N. Hasta 50 mm a término
Descripción / Otros: _____

3. LIQUIDO AMNÍOTICO

Volumen () Normal () Oligohidramnios () Polihidramnios
Descripción / Otros: _____

4. CORDON UMBILICAL

Circular de Cordón No Si

Arterias () Venas ()

5. OBSERVACIONES () Ninguna

6. CONCLUSION: El estudio ultrasonográfico es compatible con:

NOTA: La ecografía es un método auxiliar de ayuda diagnóstica.
Para el siguiente control traer este informe

ANEXO N° 06

RESOLUCIÓN DE DESIGNACIÓN DE ASESOR DE TESIS



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° 0985-2016-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 15 de diciembre del 2016

Vistos los documentos presentados por la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, Sandy RAMÍREZ GAMBOA, solicitando designación de Jurados Revisores del Proyecto de Tesis y nombramiento de Asesor;

CONSIDERANDO:

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

Que, se ha solicitado a la Comisión de Grados la propuesta de una tema del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis, quienes mediante Informe S/N-2016-UNHEVAL/EPG-CG, de fecha 13 DIC.2016., remiten la designación de la Comisión correspondiente;

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

SE RESUELVE:

- 1° DESIGNAR a la Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE, como Asesora de Tesis de la alumna en la Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, Sandy RAMÍREZ GAMBOA, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° DESIGNAR, a los miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado: "VALOR PREDICTIVO DEL GRADO DE MADUREZ PLACENTARIO ECOGRÁFICO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2016" a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, Sandy RAMÍREZ GAMBOA, el mismo integrado por los siguientes docentes, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

2.1. Dr. Jorge HILARIO CÁRDENAS	Presidente
2.2. Mg. Leon ROCANO ROJAS	Secretario
2.3. Obata, María Luisa MANCHEGO GUILLEN	Vocal
2.4. Dra. Zoila MIRAVAL TARAZONA	Accesitario
- 3° ENCARGAR, a los docentes integrantes del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis emitir su informe dentro de los treinta días siguientes de recepcionado la presente Resolución.
- 4° ESTABLECER, que de no cumplir con lo indicado en el numeral 3° de la presente Resolución, automáticamente se procederá al cambio de jurado y no se considerará al docente en comisiones ni en la distribución de Carga Académica.
- 5° DAR A CONOCER, la presente Resolución a los miembros del jurado examinador y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

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

ANEXO N° 7

RESOLUCIÓN DE PROYECTO Y DESIGNACIÓN DE JURADOS



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 814760 - Pág. Web www.unheval.edu.pe/postgrado

RESOLUCIÓN N° 0734-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 01 de marzo del 2017.

Visto los documentos en (04) folios;

CONSIDERANDO:

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

Que, con la Resolución N° 0985-2015-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 18.DIC.16, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis: "VALOR PREDICTIVO DEL GRADO DE MADUREZ PLACENTARIO ECOGRÁFICO, CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2016", el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Jorge HILARIO CÁRDENAS, Presidente; Mg. Leon ROCANO ROJAS, Secretario; Obsta. María Luisa MANCHEGO GUILLEN, Vocal; Dra. Zoila MIRAVAL TARAZONA, Accesitario;

Que, con la Resolución N° 0604-2017-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 20.FEB.17, se modificó el título del proyecto de tesis titulada: "VALOR PREDICTIVO DEL GRADO DE MADUREZ PLACENTARIO ECOGRÁFICO, CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2018", debiendo ser: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 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: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2016";

Que, con la Solicitud N° 0340519, de fecha 01.MAR.2017, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, Sandy RAMÍREZ GAMBOA, 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: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, Sandy RAMÍREZ GAMBOA, 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 01.MAR.2017.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO*Dr. Abner A. Fonseca Livias*
DIRECTORDistribución:
Visto personal
directivo
archivo



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

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



RESOLUCIÓN N° 0794-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 07 de marzo del 2017.

Vistos,

CONSIDERANDO:

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

Que, con la Resolución N° 0985-2016-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 18.DIC.16, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis: "VALOR PREDICTIVO DEL GRADO DE MADUREZ PLACENTARIO ECOGRÁFICO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2016", el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Jorge HILARIO CÁRDENAS, Presidente; Mg. Leon ROCANO ROJAS, Secretario; Obsta. María Luisa MANCHEGO GUILLEN, Vocal; Dra. Zoila MIRAVAL TARAZONA, Accesitario;

Que, con la Resolución N° 0504-2017-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 20.FEB.17, se modificó el título del proyecto de tesis titulada: "VALOR PREDICTIVO DEL GRADO DE MADUREZ PLACENTARIO ECOGRÁFICO. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO 2016", debiendo ser: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO. 2016";

Que, con la Resolución N° 0734-2017-UNHEVAL/EPG-D., de fecha 01.MAR.17, se aprobó el Proyecto de Tesis titulado: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO. 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Sandy RAMÍREZ GAMBOA**;

Que, con la Solicitud N° 0341641 de 03.MAR.17, a cargo la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Sandy RAMÍREZ GAMBOA**; 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: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO. 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, **Sandy RAMÍREZ GAMBOA**; el mismo integrado por los siguientes docentes, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:

1.1. Dr. Jorge HILARIO CÁRDENAS	Presidente
1.2. Mg. Leon ROCANO ROJAS	Secretario
1.3. Dra. Zoila Elvira MIRAVAL TARAZONA	Vocal
- 2° Encargar a los docentes integrantes del Jurado Examinador del Borrador de Tesis emitir su informe dentro de los treinta días siguientes de recepcionado la presente Resolución.
- 3° Establecer que de no cumplir con lo indicado en el numeral 2° de la presente Resolución, automáticamente se procederá al cambio de jurado y no se considerará al docente en comisiones ni en la distribución de Carga Académica.
- 4° Dar a conocer la presente Resolución a los miembros del jurado y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.


UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Abner A. Fonseca Lívias
DIRECTOR

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

ANEXO N° 8

SOLICITUD DE PERMISO AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA EJECUTAR LA TESIS.



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

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

SEÑOR GERENTE DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA

Obst. PABLO CUBA AUCASIME


Yo, Sandy Ramírez Gamboa, alumna de la segunda especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, identificada con DNI N°46387363, domiciliada en Asoc. Morro de Arica N° 210, de esta ciudad, con el debido respeto me presento y expongo:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitar la autorización correspondiente para la ejecución del Proyecto de tesis titulado **"GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 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,

Ayacucho, 18 de Enero de 2017





Obsta. Sandy Ramírez Gamboa
TESISTA
SEGUNDA ESPECIALIDAD

CLAS SAN JUAN BAUTISTA
C.S. SAN JUAN BAUTISTA
N° REGISTRO .134.....
FECHA 15/11/2017 HORA 08:40
FIRMA.....

Cc.
Archivo

ANEXO N° 9

AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL JEFE INMEDIATO SUPERIOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

OFICIO N° 18- 2017-GR-DIRSA-RHGA/CLAS/SJB

A : Obsta. Sandy Ramírez Gamboa

DE : Obst. PABLO CUBA AUCASIME
Gerente del Centro de Salud San Juan Bautista

ASUNTO : **ACEPTACION PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS-2016**



Mediante el presente y previo saludo, a través del mismo, nuestra institución Centro de Salud San Juan Bautista le informa que su solicitud de autorización para la ejecución de proyecto de tesis denominado **"GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRAFICAMENTE Y SU RELACION CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2016"** ES ACEPTADA por la jefatura de nuestra honorable institución.

En tal sentido manifiesto la gratitud de nuestra institución por considerar a nuestro establecimiento de salud para el desarrollo de dicho proyecto.

Manifestando mis sentimientos de mi especial consideración y estima personal me suscribo ante usted.

Ayacucho, 20 de Enero del 2017

ATENTAMENTE.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
REG. DE SALUD RURALES
CLAS. SAN JUAN BAUTISTA
Dr. PABLO CUBA AUCASIME
COP 4944
GERENTE

ANEXO N° 10

RESOLUCIÓN DEL INFORME FINAL FIJANDO FECHA, HORA Y LUGAR.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDEZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

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

RESOLUCIÓN N° 01039-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 30 de marzo del 2017.

Visto, los documentos en (05) folios;

CONSIDERANDO:

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

Que, con la Resolución N° 0794-2017-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 07.MAR.17, se designó a los miembros del Jurado Examinador del Informe de Borrador de Tesis Titulada: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2016" el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Jorge HILARIO CÁRDENAS, Presidente; Mg. Leon ROCANO ROJAS, Secretario; Dra. Zoila Elvira MIRAVAL TARAZONA, Vocal;

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, Sandy RAMÍREZ GAMBOA, 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: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA, AYACUCHO, 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Ayacucho, Sandy RAMÍREZ GAMBOA, para el día domingo 09.ABRIL.2017, a las 10:00 horas., en el Auditorium 1 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. Dr. Jorge HILARIO CÁRDENAS	Presidente
2.2. Mg. Leon ROCANO ROJAS	Secretario
2.3. Dra. Zoila Elvira MIRAVAL TARAZONA	Vocal
- 3° DAR A CONOCER la presente Resolución a los miembros del jurado y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDEZÁN
ESCUELA DE POSTGRADODr. Abner A. Fonseca Livia
DIRECTORDistribución:
Folio personal
Jurado (05)
Archivos
Archivos

ANEXO N°11

ACTA DE APROBACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
Ayacucho - Perú
ESCUELA DE POSGRADO
 Campus Universitario, Pabellón V Bloque "A" 2do. Piso - Cayhuayma
 Teléfono 514760



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE ESPECIALISTA

En el Auditorium 1 del Colegio Regional de Obstetras de Ayacucho, siendo las 10:00 h., del día domingo 09.ABRIL.2017, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Jorge HILARIO CÁRDENAS	Presidente
Mg. Leon ROCANO ROJAS	Secretario
Dra. Zolla Elvira MIRAVAL TARAZONA	Vocal

La aspirante al título de Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes en Obstetricia, Doña, Sandy RAMÍREZ GAMBOA.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "GRADO DE MADUREZ PLACENTARIA DIAGNOSTICADA ECOGRÁFICAMENTE Y SU RELACIÓN CON EL SUFRIMIENTO FETAL EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA. AYACUCHO. 2016".

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

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

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

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

.....

Obteniendo en consecuencia la Especialista la Nota de... 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 10:40 horas del 09 de abril de 2017.


 PRESIDENTE
 DNI N° 07239281


 SECRETARIO
 DNI N° 224493087


 VOCAL
 DNI N° 22514922

ANEXO N° 12
NOTA BIBLIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres: Sandy Ramírez Gamboa.

DNI: 46387363

Fecha de Nacimiento: 21 de Noviembre de 1988.

Celular: 966600099

Correo electrónico: sandyrg.2004@hotmail.com

ESTUDIOS:

Primaria: I. E N° 38230 Mx-p/ Ayay, del distrito de Independencia, provincia Vilcas Huamán. Desde el año 1994 a 1999.

Secundaria: I.E “Nuestra Señora de las Mercedes” desde el año 2000 al 2004.

Superior: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, desde el año 2006 al 2011.

GRADOS Y TÍTULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia en la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga el 14 de setiembre del 2012.

Título de Obstetriz en la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga el 28 de diciembre del 2012.

CENTRO DE LABORES:

Obstetra en el C.S de San Juan Bautista.

Ayacucho, 01 de Marzo del 2017.

ANEXO N° 13
OTROS DOCUMENTOS

CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

EXPERTO: DRA. LAURA SAIZÉ BOCÁNGEL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(x)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(x)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(x)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(x)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(x)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(x)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(x)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(x)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(x)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(x)	()
TOTAL	20	00

OBSERVACIONES:.....

.....

.....


.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 01323627
TELEF: 966607572

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

EXPERTO: DR. JOHNNY R. HUANDI CHAVARRY

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(x)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(x)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(x)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable .	(x)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles .	(x)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(x)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(x)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos .	(x)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(x)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio .	(x)	()
TOTAL	20	00

OBSERVACIONES:.....

.....

.....


.....
FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 40262541

TELEF. 966678956

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

EXPERTO: Dr. Noemi Quijpe Calderas

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(x)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(x)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(x)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(x)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(x)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(x)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(x)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(x)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(x)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(x)	()
TOTAL	20	00

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

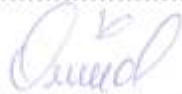
Luispe
.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 28202583
TELEF. 966872005

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.	(x)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(x)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(x)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(x)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(x)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(x)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(x)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(x)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(x)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(x)	()
TOTAL	20	00

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



.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 7.8.26.6.57.3.
TELEF: 9.66.86.808 6

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

EXPERTO: M. Martha 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.	(x)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(x)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(x)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(y)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(y)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(x)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(x)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(y)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(y)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(y)	()
TOTAL	20	00

OBSERVACIONES:

.....

.....

M. Martha Calderón Franco
.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 28.227334
TELEF. 966.391095