

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



=====

**VALOR PREDICTIVO DEL TEST NO ESTRESANTE EN EL DIAGNÓSTICO
DE DISTOCIA FUNICULAR. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO –
ICA. AÑO 2015**

=====

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

AUTORA: OBSTETRA PINEDA ESPINO MIDUA LUISA

ASESORA: MG. MELGAREJO FIGUEROA MARÍA DEL PILAR

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

“A mi madre, esposo e hija, por su paciencia, su apoyo incondicional son los que directamente han sufrido las consecuencias del trabajo realizado, por lo que estoy inmensamente agradecida y son mi palanca de superación”

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud y permitir que se culmine uno de mis objetivos trazados.

A las autoridades de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco y CENCASALUD por haber hecho posible se instituya la Especialidad de Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes, al haber permitido a los profesionales de la región ICA la oportunidad de seguir actualizándonos.

A la Mg. Melgarejo Figueroa María del Pilar, agradecimiento especial, por sus orientaciones, asesoría y valioso aporte profesional en la realización de la presente investigación.

A la Sra. Doris por sus orientaciones en la parte estadística.

A los docentes de la especialidad a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

RESUMEN

VALOR PREDICTIVO DEL TEST NO ESTRESANTE EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA. AÑO 2015.

La investigación realizada, tuvo el objetivo determinar el valor predictivo del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro – Ica. Año 2015; utilizando un diseño: Analítico en la modalidades validación de pruebas, de tipo observacional, retrospectivo, transversal y nivel predictivo; siendo los resultados: en las características obstétricas que las pacientes estudiadas son gestantes adulta con un 52,7%, culminación de gestación fue parto fue a término con un 73,5%; tienen la característica de ser multíparas 47,6%, la culminación del parto fue parto eutócico en un 52,6% .Test de Fisher: fisiológico 52,6%. Las distocias Funicular encontradas fueron: Circular simple 84,2%; circular al cuello 89,4%; Se utilizó los parametros del teorema de Bayes como valor predictivo positivo 70% y el valor predictivo negativo 60%; Concluyendo que: El Valor predictivo fue positivo en el Monitoreo Electrónico Fetal test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular en Hospital Santa María del Socorro – Ica. Año 2015.

Palabras Claves:

Distocia funicular, Monitoreo electrónico fetal test no estresante.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF THE TEST NOT STRESSFUL IN THE DIAGNOSIS OF DYSTOCIA FUNICULAR. HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO - ICA. 2015.

The objective of the research was to determine the predictive value of the non-stress test in the diagnosis of funicular dystocia. Hospital Santa María del Socorro - Ica. Year 2015; Using a design: Analytical in the modalities validation of tests, of observational type, retrospective, transversal and predictive level; Being the results: in the obstetric characteristics that the studied patients are adult pregnant with 52.7%, culmination of gestation was delivery was to term with 73.5%; Have the characteristic of being multiparous 47,6%, the culmination of the delivery was euthocical in 52.6%. Fisher's test: physiological 52,6%. The Funicular dystocia found were: Simple circular 84.2%; Circular neck 89.4%; The parameters of the Bayes theorem were used as positive predictive value 70% and negative predictive value 60%; Concluding that: The predictive value was positive in the Electronic Fetal Monitoring non-stressing test in the diagnosis of funicular dystocia in Hospital Santa María del Socorro - Ica. Year 2015.

Keywords:

Funicular dystocia, electronic fetal monitoring test not stressful.

INTRODUCCIÓN

El monitoreo electrónico fetal es una prueba que trata de conseguir a través de una valoración del feto de forma sistemática, la identificación de aquellos fetos que están en peligro dentro del útero materno, para así tomar las medidas apropiadas y prevenir un daño irreversible. La Prueba No Estresante Fetal (PNE) es una prueba sencilla y no invasiva realizada en embarazos de más de 28 semanas de gestación. La prueba se llama "no estresante" porque no se coloca tensión sobre el feto durante la prueba. La Distocia Funicular son causal de más del 40% de las distocias y causa de cesáreas, Dada la frecuencia con que se comprueba la presencia de distocia funicular, hay que considerar que no siempre ocasiona alteraciones durante el embarazo o en el curso del parto, pero que en algunos casos cuando las circulares son múltiples y sobre todo cuando son ajustadas pueden dificultar el flujo sanguíneo y producir sufrimiento fetal, que de prolongarse conduce a la muerte del producto. Por lo cual nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante ¿Cuál es el valor predictivo del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro – Ica. Año 2015?; siendo el objetivo, determinar el valor predictivo del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular, específicamente Identificar las caracterizar los datos obstétricos de las gestantes con diagnóstico de distocia funicular; identificar los resultados del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular; identificar las característica de distocia funicular en gestantes que se han realizado el test no estresante, identificar cuáles son los parámetros del teorema de Bayes del test no estresante para el diagnóstico de distocia funicular; con un diseño descriptivo simple, población 62 gestantes a término, con

una muestra de 38,utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos, con una confiabilidad de la prueba teorema de Bayes con una sensibilidad de 38% que indica el test no estresante reconoce como casos positivos en gestantes con diagnóstico de distocia funicular y una especificidad de 84 %, un valor predictivo positivo del 70% y valor predictivo negativo del 60%.

La tesis cuenta con cinco capítulos: 1. Capítulo: El Problema de Investigación. 2. Capítulo: Marco Teórico. 3. Capítulo: Marco Metodológico. 4. Capítulo: Resultados. 5. Capítulo: Discusión de Resultados. 6. Conclusiones. 7. Sugerencias. 8. Bibliografía. 9. Anexos.

INDICE

RESUMEN	iv
SUMARY	v
INTRODUCCIÓN	vi
I CAPÍTULO: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Descripción del problema	09
1.2 Formulación del Problema	12
1.2.1. General	12
1.2.2. Específicos	12
1.3 Objetivos	
1.3.1. General	13
1.3.2. Específicos	13
1.4 Hipótesis	13
1.5 Variables	14
1.6 Justificación e Importancia	15
1.7 Viabilidad	16
1.8 Limitaciones	16
II CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	
2.1.1. Internacionales	17
2.1.2. Nacionales	19
2.1.3. Locales	21
2.2 Bases Teóricas	21
2.3 Definición conceptuales	32
III CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de Investigación	33
3.2 Diseño y esquema de investigación	34
3.3 Población y muestra	34
3.4 Instrumento de recolección de datos	36
3.5. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos	37
IV. CAPÍTULO: RESULTADOS	
4.1 Presentación de resultados	39
4.2 Indicadores Epidemiológicos	48
V. CAPÍTULO: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
	50
CONCLUSIONES	52
SUGERENCIA	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	59

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Descripción del Problema

Todos los embarazos implican algunos riesgos. Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo. También incluye embarazos múltiples, antecedentes de embarazos complicados o tener más de 35 años. Esto puede afectar la salud materna o del feto. Un importante objetivo de la Obstetricia es conocer, controlar y mejorar en todo momento la salud fetal. Algunos de estos efectos dañinos pueden ser detectados por las pruebas de vigilancia fetal que evalúan el bienestar fetal y han permitido disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal. El Monitoreo Electrónico Fetal (MEF) es un procedimiento diagnóstico que estudia el comportamiento de la Frecuencia Cardíaca Fetal en relación a los movimientos fetales y la dinámica uterina.¹

El Monitoreo Fetal tiene por objetivo, la prevención, el control, valoración, diagnóstico y pronóstico del feto intraútero y sus respuestas al ambiente, con el fin de descubrir precozmente el riesgo de hipoxia, sufrimiento fetal.²

La frecuencia cardíaca fetal o fetocardia de feto humano son los latidos del corazón en un minuto; El corazón fetal aparece a la semana 6 promedio varía entre 110 y 160 latidos por minuto. Esta frecuencia puede cambiar como respuesta del feto ante las condiciones intrauterinas.³

El monitoreo electrónico fetal es una prueba que trata de conseguir a través de una valoración del feto de forma sistemática, la identificación de aquellos fetos que están en peligro dentro del útero materno, para así tomar las medidas apropiadas y prevenir un daño irreversible.⁴

La Prueba No Estresante Fetal (PNE) es una prueba sencilla y no invasiva realizada en embarazos de más de 28 semanas de gestación. La prueba se llama "no estresante" porque no se coloca tensión sobre el feto durante la prueba.⁵

En el Hospital Santa María del Socorro de Ica, existe un elevado porcentaje de gestantes atendidas en la Unidad de Monitoreo Fetal donde se realiza la prueba del Test No Estresante, con lo que es posible detectar precozmente signos cardiotocográficos de compresión funicular que puedan complicar la salud fetal intraparto y de esta manera contribuir a la obtención de un producto en buenas condiciones.

La Distocia Funicular son causal de más del 40% de las distocias y causa de cesáreas, Dada la frecuencia con que se comprueba la presencia de distocia funicular, hay que considerar que no siempre ocasiona alteraciones durante el embarazo o en el curso del parto, pero que en algunos casos cuando las circulares son múltiples y sobre todo cuando son ajustadas pueden dificultar el flujo sanguíneo y producir sufrimiento fetal, que de prolongarse conduce a la muerte del producto.⁶

El circular de cordón puede interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical, manifestándose por Cardiotocografía ominosa, hipoxia fetal (20-30% de los casos), líquido amniótico meconial en el 10-20%, según la tensión de la circular, y a mayor incidencia de reanimación neonatal. Así mismo, la patología funicular representa el 10-15% de la mortalidad perinatal y preferentemente en el período ante parto.⁷

La Distocia Funicular es una situación anatómica o posicional que conlleva el riesgo de trastorno de flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, lo cual incluye alteraciones del tamaño corto o largo, circulares simple, doble o triple en el cuello o cualquier parte fetal, prolapso, procúbito, laterocidencia, nudos o falsos nudos.⁸

La distocia funicular puede interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical, esta se puede identificar en un trazado monitoreo electrónico fetal no estresante estudiando el comportamiento de la frecuencia cardiaca fetal observándose desaceleraciones variables, que han recibido un nombre acertado, ya que cada una varía típicamente su configuración en comparación con la que le precede y le siguen; morfológicamente pueden tener la forma de una V, W o una U. Estos Dips varían igualmente en el tiempo en relación a las contracciones uterinas y movimientos fetales estas pueden ser leves, moderadas o severas, o mediante desaceleraciones no periódicas como son las espigas.⁹ Lo planteado con anterioridad nos lleva a la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es el valor predictivo del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro – Ica. Año 2015?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro- Ica Año 2015?
2. ¿Cuáles son los resultados del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro-Ica Año 2015?
3. ¿Cuál es la característica de distocia funicular en gestantes que se han realizado el test no estresante en Hospital Santa María del Socorro- Ica Año 2015?
4. ¿Cuáles son los parámetros del teorema de Bayes del test no estresante para el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro-Ica Año 2015?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos General

Determinar el valor predictivo del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro – Ica. Año 2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar los datos obstétricos de las gestantes con diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro-Ica Año 2015.
2. Identificar los resultados del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro-Ica Año 2015.
3. Identificar las características de distocia funicular en gestantes que se han realizado el test no estresante en Hospital Santa María del Socorro- Ica Año 2015.
4. Identificar cuáles son los parámetros del teorema de Bayes del test no estresante para el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro-Ica Año 2015

1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis

Por ser un estudio analítico donde se hallaron indicadores epidemiológicos, no tiene hipótesis, información según la autora Graciela Pardo de Vélez.¹⁰

1.5 Variables

1.5.1 variable de Interés o de Estudio

Monitoreo Fetal Electrónico

1.5.2 variable Interviniente

1. Edad gestacional
2. Antecedentes obstétricos.

1.5.3 Operalización de Variables:

Variable de interés	Dimensiones	Indicadores	Tipo/ Escala	Valor final
Monitoreo Electrónico Fetal test no estresante	Parámetros	Línea de base Variabilidad Aceleración Desaceleración Actividad fetal.	Cualitativa Nominal	Si No
Circular de Cordón	Tipo de circular de cordón	Simple Doble Triple	Cualitativa nominal	Si No
	Lugar de circular de cordón	Al cuerpo Al cuello A los miembros Mixto	Cualitativa nominal	Si No
	Longitud de cordón	Corto Largo	Cualitativa nominal	Si No
Características obstétricas	Edad gestacional	Pre termino A termino Post termino	Cualitativa	Si No
	Edad materna	Adolescente Adulta Añosa	cualitativo	Si No
	Paridad	Nulípara Múltipara Gran múltipara	Cualitativo	Si No
	Antecedentes obstétricos	Prematuridad Mala presentación Poli hidramnios Ruptura de membranas Deformación de la pelvis ósea Embarazo múltiple	cualitativa	SI NO
	Culminación del parto	Eutócico Distócico	cualitativo	Si No

1.6 Justificación e Importancia

Teóricamente, la tesis se realizó porque no hay trabajos similares en la región en esta temática, esperando que los resultados sean un aporte que logre estimular al personal de salud, a realizar efectivamente los cuidados a las gestantes que se atienden en el hospital Santa María del Socorro.

La relevancia social de la tesis y lo significativo es que define ciertos criterios de actuación y de cuidados que deben prodigarse a toda mujer embarazada con signos de distocia funicular que se encuentren en situación de riesgo, reconociendo los resultados del monitoreo electrónico fetal y poder tomar acciones rápidas para proteger el bienestar de la madre y de su producto.

Académicamente, para el servicio de monitoreo fetal electrónico a través de la presente tesis propone un sistema que sirva de guía en cuanto a la educación, orientación, control y unificación de criterios y así facilitar el cuidado de calidad en cada gestante con signos de distocia funicular que se atiende en el hospital Santa María del Socorro, para que la monitorización fetal tenga éxito, para garantizar la ejecución óptima del procedimiento con resultados confiables que revelen de manera fidedigna la salud de la madre y el feto, Hecho que por supuesto beneficiarán a la institución y a la comunidad.

Por último, consideramos necesario aportar a la institución una útil herramienta educativa como posible solución al problema planteado, que a su vez puede ser utilizada en todas las instituciones de asistencia obstétrica que cuente con su área de monitoreo fetal y que beneficiaría a embarazadas, institución y comunidad.

1.7 Viabilidad

La investigación fue viable gracias a la instituciones de asistencia obstétrica que cuenta con su área de monitoreo fetal.

1.8 Limitaciones

- Dificultad para tener permiso de trabajar con los datos estadísticos del Hospital.
- Acceso restringido a las historias clínicas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Aguirre Ávila, María, Soto Valdez, Miguel¹¹, en el país de Guatemala, en el año 2013, presento la tesis titulada Resultado perinatal asociado con el cordón umbilical al cuello fetal y su relación con la vía de resolución del embarazo, Hospital general San Juan de Dios del 01 de agosto del 2006 al 31 de mayo del 2011 el cual tiene como objetivo Describir la morbilidad y perinatal con la circular del cordón umbilical al cuello y la vía de resolución del embarazo en el Hospital general San Juan De Dios del 1 de agosto del 2006 al 31 de mayo del 2011, el cual utilizo el diseño tipo descriptivo; el cual tiene como resultado La edad promedio fue de 27 años. El 70.5% de (n=67) tuvieron control prenatal en el hospital. La vía de resolución del parto fue vaginal en 63.1% (n=60) y 36.9% (n=35) por cesárea). Llegando a la conclusión La aparición de circular al cuello fetal durante una gestación puede ser común sin importar la edad de la paciente. La detección de la circular de cordón al cuello en un feto no es no es indicación de resolución del parto por vía alta (cesárea).

Martínez Aspás Ana¹² en el año 2012 en el país de España en el año 2012 presento la tesis doctoral titulada: Diagnóstico y control evolutivo de las circulares de cordón en el primer trimestre de gestación mediante ecografía 3d/4d y Doppler; el cual tiene como objetivo es establecer la incidencia de circulares de cordón en el primer trimestre de gestación, empleando para su diagnóstico las modalidades de ecografía descritas,

y realizar un control evolutivo de las circulares para establecer un pronóstico de estos casos; en cual se estudió el diseño de estudio tipo caso control analítico; en el cual se obtuvo los siguientes resultados en el primer trimestre de gestación, el 74.7% no posee circular, sí habiendo circulares en el 25.3%, en la ecografía de semana 20 no se observa circular en el 83.2% de casos, y sí que existe circular en el 16.8%, y en la semana 32 no encontramos circular en el 81,8%, si habiéndola en el 18,2%, En el momento del nacimiento existe circular de cordón umbilical en el 29,3%de casos (22,7% con una circular, 5,3% con dos y 1,3% con 3), siendo el 70,7% de partos restantes sin presencia de circulares. De lo cual concluimos que el circular se cordón se presenta en mayor porcentaje de incidencia en el momento del nacimiento.

Pardo Ramírez Pamela¹³en el país de Bolivia en el año 2007 realizo el articulo medico titulado Cardiotocografia en el diagnóstico de distocia funicular: Hospital Materno Infantil German Urquidi; él que tiene como objetivo Control, valoración, diagnóstico y pronostico del feto intrauterino y sus respuestas al medio ambiente; en el cual se utilizó del diseño de estudio tipo prospectivo longitudinal; del cual se obtiene el resultado la prueba tiene una sensibilidad del 91.3% y una especificidad del 68.18%. Valor predictivo positivo del 50% y valor predictivo negativo de 95.74%. Las pacientes estudiadas en la mayoría multigestas 69.66%, a término 73.03 y con edades comprometidas entre los 20 y 34 años 49.44%.

La distocia funicular más frecuente, fue circular de cordón. Circular doble en el 56,52%, siendo el lugar más frecuente alrededor del cuello 78.26%.La terminación del embarazo fue por cesárea en el 78.26% en

los que presentaron distocia funicular siendo indicación de la cesárea brevedad aparente del cordón umbilical en el 100% de los casos. El 100% de los casos que presentaron distocia funicular tuvieron un apgar mayor o igual a 7. Del cual se llega a la conclusión que la Cardiotocografía es un método confiable para detectar precozmente signos de compresión funicular.

2.1.2 Nacionales Histórico

Antialon Burga Jaime y Hinostrza Alvarado¹⁴ en la ciudad de Lima en el año 2011 presentaron la tesis titulada: Valoración del diagnóstico por ecografía Doppler color y ecografía en modo B en la circular de cordón en gestantes a término; cuyo objetivo es determinar la Valoración del diagnóstico por ecografía Doppler color y ecografía en modo B en la circular de cordón en gestantes a término; en el cual se utilizó el diseño de estudio tipo caso control; en el cual se obtuvo como resultado La valoración del diagnóstico por ecografía Doppler color en la circular de cordón en embarazo a término presentó VPP del 100% (IC 95%, 98.39 al 100), VPN del 100% (IC 95%, 99.12 al 100), sensibilidad del 100% (IC 95%, 98.39 a 100), especificidad 100% (IC 95%, 99.12 a 100). El índice de validez de la prueba fue del 82.95%. La prevalencia de la circular de cordón diagnosticados por ambas ecografías fue del 35.23%. Del cual se concluye La ecografía Doppler color es altamente sensible para detectar la presencia de circular de cordón, así lo confirma la historia clínica post parto.

Zapata Moreno, Yudelía Esperanza, Zurita Surichaqui Nilda¹⁵ en la ciudad de Lima en el año 2002 presento la tesis titulada: Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular, cuyo objetivo es determinar el Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular, el cual se utilizó el diseño de estudio tipo correlacional prospectivo, el cual obtuvo como resultado se encontró una sensibilidad del 60.20% y un especificidad del 92.29% lo cual describen la validez de una prueba diagnóstica que una no es el ideal. Además el valor predictivo positivo es del 76.84% es cual nos indica que la probabilidad de la distocia funicular está presente cuando existe un trazo con signos sugestivo de distocia funicular. El valor predictivo negativo es del 84.52% el cual nos proporciona de trazados cardiotocográficos en buenas condiciones nos dará la certeza de que no hay presenta distocia funicular. Lo cual llegamos a la conclusión el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular aceptable el cual tiene un nivel de confianza del 0.95%.

Pineda Enciso, Maribel; Rodríguez Meneses, Evelyn Alicia¹⁶, en la ciudad de Lima en el año 2002 presento la tesis titulada: Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical en recién nacidos de madres atendidas en Instituto Materno Perinatal Agosto-Diciembre 2001, el cual tiene como objetivo Establecer el valor predictivo del Test Estresante(T.S) en el diagnóstico de circular de cordón umbilical; el cual tiene el diseño tipo descriptivo, obteniéndose como resultado los valores de predicción y certeza del Test Estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical fueron los siguientes:

especificidad de 65,47 % , sensibilidad de 57,97 %, por los resultados obtenido se llega a la siguiente conclusión que el estudio demuestra que el Test Estresante como prueba diagnóstica posee una mayor capacidad en identificar correctamente fetos con ausencia de circular de cordón y en menor proporción con circular de cordón.

2.1.3 Antecedentes Locales

No se ha encontrado investigaciones relacionados al tema de investigación.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Monitoreo electrónico fetal

El monitoreo fetal es un procedimiento que permite evaluar la vitalidad y bienestar fetal a través de los latidos cardíacos del feto Indirectamente, permite ver el funcionamiento de la Placenta, que es el órgano vital durante todo el embarazo.¹⁷

El registro permite valorar el latido cardíaco fetal durante la última etapa de la gestación y la respuesta del bebé a las contracciones durante el trabajo de parto, y hasta el nacimiento.¹⁸

El cual tiene como objetivo valorar por un lado la presencia o ausencia de contracciones uterinas, y por otro, el grado de bienestar fetal. Durante el trabajo de parto, establecer gráficamente la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y la respuesta fetal.¹⁹

Test no estresante (NST)

El test no estresante es una prueba no invasiva que consiste en el registro electrónico continuo de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) anteparto en relación a los movimientos espontáneos.

Los cuales tiene los siguientes parámetros a valora.²⁰

En condiciones normales, la frecuencia cardíaca fetal (FCF) está aumentada o disminuida, en la relación latido a latido, por la influencia de impulsos provenientes del sistema nervioso autónomo simpático-parasimpático originados en el tallo cerebral.²¹

La prueba de Monitoreo electrónico Fetal No Estresante se basa en la capacidad que tiene el corazón de un feto sin acidosis de acelerar la Frecuencia cardíaca fetal significativamente ante la presencia de movimientos fetales. Esta reacción del feto o reactividad, indica que la función fetal autonómica está intacta, y la pérdida de la misma está asociada a sueño fetal y a depresión del sistema nervioso central. ²²

Las características del monitoreo electrónico fetal no estresante deben ser valoradas en 20 minutos. Puede ser extenderse el trazo de 40 hasta 90 minutos antes de concluir un diagnóstico.²³

Características a evaluar en el trazado:²⁴

- a) Línea de base
- b) Variabilidad
- c) Aceleración
- d) Movimiento fetal
- e) Desaceleraciones

a. Línea de base

La Frecuencia Cardíaca Fetal es controlada por el sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático). Su normalidad depende de la integridad de estos sistemas, los cuales son sensibles a cambios de la oxigenación fetal.²⁵

Es el promedio de la frecuencia cardíaca fetal en un trazo de 10 minutos. Es importante establecer la línea de base que esta debe tener al menos una duración estable de 2 minutos.²⁶

Según Caldeyro Barcia, es la frecuencia cardíaca fetal medida en los intervalos entre descensos, espigas y ascensos transitorios. Su promedio al final de la gestación es de 143 latidos/minuto. Sus valores normales oscilan entre 120 y 160 latidos/minuto.²⁷

b. Variabilidad; a Frecuencia Cardíaca Fetal basal normal oscila entre 120-160 lat/min. La línea basal se obtiene siguiendo el trazo de la FCF en las áreas más uniformes del registro²⁸:

La Frecuencia Cardíaca Fetal es el resultado de mecanismos cardioestimuladores y cardioinhibidores, y el equilibrio entre ambos sistemas establece la frecuencia cardíaca normal. Como resultado del citado equilibrio dinámico, la Frecuencia Cardíaca Fetal muestra oscilaciones o fluctuaciones rápidas, latido a latido, conocidas con el nombre de variabilidad de la Frecuencia Cardíaca Fetal a corto plazo.

La variabilidad puede ser de cuatro tipos, según la clasificación de Hammacher²⁹:

Tipo O o silente (< 5 latidos/minuto),

Tipo I u ondulatoria baja (5-10 lat/min),

Tipo II u ondulatoria (10-25 lat/min)

Tipo III o saltatoria (> 25 lat/min).

La variabilidad tipo I y II es considerada normal, mientras que el tipo O puede corresponder a hipoxia fetal (siempre hay que descartar un período fisiológico de sueño fetal y el efecto de los fármacos sedantes) y el tipo III es difícil de valorar, ya que se cree que las causas que provocan los cambios de la Frecuencia Cardíaca Fetal son potencialmente peligrosas para el feto.³⁰

c. Aceleración; Es un aumento brusco de la Frecuencia Cardíaca Fetal con respecto a la línea de base;³¹ debe ser de 15 lpm por 15 segundos o más, pero con una amplitud menor de 2 minutos de duración. Con un tiempo desde su inicio hasta el acmé de la aceleración de 30 segundos o menos.³²

En embarazos mayores de 32 semanas debe incrementarse en 15 latidos por minuto en un tiempo entre 15 segundos y 2 minutos, retornando nuevamente a la línea de base. Si la aceleración se prolonga por más de 2 minutos pero menos de 10 minutos se considera una aceleración prolongada. Mayor de 10 minutos se considera que la línea de base a cambiado.³³

En embarazos menores de 32 semanas una aceleración tiene un pico de 10 latidos por minuto o más de la línea de base con una duración de 10 segundos o más pero menos de dos minutos y retorna a su línea de base.³⁴

d. Movimiento fetal; Estos son percibidos por la madre hacia la semana 18 de gestación, aumentan progresivamente hasta la semana 32, para luego disminuir a medida que se acerca el término de la gestación.³⁵

Los movimientos fetales fueron considerados a partir de los trabajos de Sadovsky como un parámetro eficaz en el estudio del bienestar fetal. Su asociación con las aceleraciones transitorias de la Frecuencia Cardiaca Fetal es el punto clave del test basal. Parece ser que existe un patrón de cinética fetal a lo largo del embarazo e incluso a lo largo de cada día de la vida fetal;³⁶ aunque los resultados son muy variables. Los movimientos fetales se han clasificado de distintas formas, aunque la más aceptada es la que los divide en múltiples (M) e individuales, predominando los movimientos múltiples, sin que su diferenciación tenga una especial importancia en la interpretación del test basal.³⁷

e. Desaceleraciones; la desaceleración es el descenso abrupto de la frecuencia cardiaca fetal; que se define como una disminución desde el inicio al nadir en menos de 30 segundos. El descenso de la frecuencia cardiaca fetal es de 15 latidos o más durante 15 segundos o más y menor de 2 minutos de duración.³⁸

- **Desaceleraciones precoces:** son las coincidentes con las contracciones uterinas, de comienzo gradual de al menos 30 segundos desde su comienzo hasta su nadir su retorno gradual a la basal. ³⁹No se ve afectada la Frecuencia Cardiaca Fetal basal ni su variabilidad, ni el pH y el Apgar suelen ser normales. Estas desaceleraciones están dadas por la interrupción del riego sanguíneo útero placentaria durante la contracción uterina.⁴⁰

- **Desaceleraciones tardías:** son desaceleraciones repetitivas, con morfología uniforme, que duran 30 segundos desde su inicio hasta su nadir y que ocurre notablemente después de la contracción uterina. ⁴¹

Este tipo de desaceleraciones por la falla de los mecanismos adaptativos ante la interrupción del riego sanguíneo útero placentario durante la contracción uterina y se caracteriza por cambios en la presión parcial de oxígeno, aumento en la presión parcial de bióxido de carbono y disminución en el pH sanguíneo. Estas desaceleraciones pueden observarse en retardo de crecimiento intrauterino grave y oligohidramnios.⁴²

- **Desaceleraciones variables:** se caracterizan por una brusca caída de Frecuencia Cardiaca Fetal de menos de 30 segundos desde su comienzo hasta su nadir, seguida también de un brusco ascenso de la Frecuencia Cardiaca Fetal y que no tiene relación temporal con la contracción uterina. Estas aceleraciones son condicionadas por compromiso del retorno venoso umbilical.⁴³

- Existen desaceleraciones variables atípicas las que dan en ondas “W”, “U” ó “V” amplias, tienen dos etiologías, primera como consecuencia de los cambios en la elasticidad, flujo y turgencia del cordón umbilical y la segunda tiene un componente del Sistema Nervioso Central y cardiovascular, ambas etiologías representan procesos crónicos.⁴⁴

2.2.2 Distocia Funicular

El cordón umbilical es principal componente que intervienen en el intercambio de nutrientes y el encargado que el feto tenga una oxigenación adecuada, la compresión de este puede ocasionar la disminución de la oxigenación en el feto y por consiguiente la hipoxia.⁴⁵

El cordón umbilical es la línea de la vida del feto y se considera distocia funicular a cualquier alteración anatómica o posicional de este, que conlleve trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales. El circular de cordón alrededor del cuello del recién nacido es la distocia funicular más frecuente y un hallazgo común en el parto.⁴⁶

Su diagnóstico puede ser durante el embarazo, por USG flujo Doppler, o monitorización fetal de DIPS variables, o tipo III.⁴⁷

Se dividen en ⁴⁸

- Anomalías del cordón mismo
- Anomalías de longitud
- Anomalías de inserción
- Anómalas de ubicación con relación el feto

Anomalías del cordón mismo

Cordón gelatinoso. Es cuando el diámetro del cordón es mayor que el promedio, por un aumento de la gelatina de Wharton.⁴⁹

Circulares. Es la presencia de una o más asas de cordón umbilical alrededor de una parte del cuerpo fetal. La más frecuente es la circular del cuello y su importancia radica en que pueden comprometer la circulación útero-placentaria con la consiguiente hipoxia y muerte fetal intrauterina o provocar sufrimiento fetal durante el trabajo de parto.⁵⁰

Nudos. La superficie del cordón generalmente es muy irregular debido a que los vasos contenidos en su interior se doblan para acoplarse a la longitud del cordón, y produce los llamados “nudos falsos”, que no tienen ninguna significación patológica. Los “nudos verdaderos” ocurren cuando el feto, en su movimiento, hace que se forme un nudo.⁵¹

Trombosis. Es una entidad muy rara y, generalmente, se acompaña de muerte fetal intrauterina. En la mayoría de los casos no se precisa si la trombosis ocurre primero o es consecuencia de una patología de cordón como un nudo verdadero, circular, brevedad real, torsión, inflamación, etc.⁵²

Tumores. Son raros y se han descrito mixomas, degeneración mucoide de la gelatina de Wharton, mixosarcomas y hematomas, estos últimos producidos por la ruptura de los vasos umbilicales.⁵³

Anomalías de longitud.

a. Cordones anormalmente cortos o “breves”; Son aquellos cordones que miden 40 cm o menos (95). Son poco frecuentes. La brevedad de cordón puede ser real o aparente (por circulares principalmente).⁵⁴

La brevedad real de cordón se describe con mayor frecuencia en fetos con restricción de crecimiento de instalación precoz y en aquellas condiciones fetales que limitan el movimiento fetal intrauterino y que generalmente involucran anomalías neuromusculares o esqueléticas severas⁵⁵.

b. Cordones anormalmente largos, Definidos como aquellos que miden 70 cm o más, se han asociado clásicamente a⁵⁶:

- Factores Maternos: enfermedades sistémicas, edad materna avanzada y complicaciones durante el expulsivo.
- Factores fetales: Sufrimiento fetal intraparto, nudos de cordón, macrosomía fetal, sexo fetal masculino y anomalías fetales.
- Factores Placentarios: Placentas > 1000 gr., dextro rotación del cordón e hipertorsión de cordón.

c. Cordones anormalmente delgados; Definidos como aquellos que presentan un grosor inferior al percentil 10 para edad gestacional, medido adyacente a la inserción fetal. Se han asociado a:⁵⁷

- Tinción meconial del líquido amniótico
- Score de Apgar < 7 a los 5 minutos
- Oligoamnios

- Restricción del crecimiento fetal
- Anomalías en las ondas de velocidad de flujo de los
- Vasos umbilicales al Doppler pulsado

d. Cordones anormalmente gruesos; Definidos como aquellos que presentan un grosor superior al percentil 90 para edad gestacional, medido adyacente a la inserción fetal. Su principal causa es el edema de la Gelatina de Wharton. Las causas son múltiples.⁵⁸

Anomalías de inserción

El cordón se puede insertar en el centro de la placenta, pero es más frecuente que lo haga en forma excéntrica. La inserción marginal es más rara y produce la llamada placenta en raqueta que no tiene ninguna significación patológica. Más rara aún es la inserción velamentosa del cordón y, su consecuencia, la vasa previa.⁵⁹

Inserción Velamentosa. Es una anomalía anatómica donde los vasos umbilicales no están contenidos en el cordón y atraviesan libremente las membranas ovulares antes de llegar a la placenta. La inserción velamentosa es poco frecuente, su incidencia varía entre 0,24% y 1,8% en embarazos simples y aumenta hasta un 18% en gestaciones múltiples⁶⁰.

Vasa previa. Es una anomalía anatómica que para que ocurra debe coexistir una inserción velamentosa del cordón, una placenta succenturiada o vasos aberrantes. Su incidencia está alrededor de

0,2% y es más frecuente en embarazos múltiples en forma proporcional al número de fetos⁶¹.

Anómalas de ubicación con relación el feto

Desplazamientos del cordón umbilical

El cordón umbilical disfruta de una gran movilidad en el líquido amniótico lo que, sumado a los movimientos del feto, hace que se desplace con gran facilidad. Clasificación según la prociencia de cordón umbilical se clasifica según el grado de descenso en⁶²:

-Prolapso funicular de grado I o laterociencia: el cordón ha descendido por debajo del ecuador de la presentación, sin ser accesible al tacto vaginal.

-Prolapso funicular de II grado o procúbito o prociencia: el cordón ha descendido por delante de la presentación dentro de la bolsa amniótica.

-Prolapso funicular de III grado o prolapso de cordón propiamente dicho: la bolsa de las aguas se ha roto y el cordón desciende por delante de la presentación en la vagina, e incluso puede asomar fuera de la vulva.

2.3 Definición De Términos Básicos

2.3.1 Monitoreo Electrónico Fetal. –El monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal es un método para comprobar la frecuencia y el ritmo de los latidos del corazón del feto⁶³.

2.3.2 Circular de cordón. -Se denomina así a las vueltas que el cordón pueda dar alrededor del cuello del bebé, aunque puede enrollarse también en otras partes de su cuerpo⁶⁴.

2.3.3 Índice de Fisher.- Determinar Estado Fetal Satisfactorio Mayor Puntuación 10⁶⁵.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Dimensión Espacial y Temporal

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Santa María del Socorro. Ica ubicado Calle Castrovirreyna 759 durante el año 2015.

3.1 Tipo de Investigación

El Autor José Supo⁶⁶, menciona que la estructuración y organización de conceptos, provienen de los diferentes campos del conocimiento en salud:

1. Según la intervención del Investigador

Observacional: No existió intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.

2. Según la planificación de la toma de datos

Retrospectivo: Los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación, hechos pasados.

3. Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio

Transversal: Todas las variables fueron medidas en una sola ocasión.

Nivel:⁶⁷ Predictivo porque predice los resultados a esperar en el Monitoreo Electrónico Fetal.

3.2 Diseño y esquema de Investigación

Fue Analítico, manifestado como estudios epidemiológicos por la autora Graciela Pardo de Vélez,⁶⁸ en la modalidad de Valoración de Pruebas de Diagnóstico, según el autor José Antonio García,⁶⁹ estos estudios permiten utilizar las probabilidades para la toma de decisiones que se relaciona con la información proporcionada por los procedimientos diagnósticos.

Diagrama

Dónde:

O1 = Observación de la variable de interés

M = Muestra

O1 ← M

3.3 Población y muestra

Estuvo constituido por todas las gestantes a término con diagnóstico de funicular que se monitorizaron en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, en el año 2015, siendo N=62.

1. Selección de Muestra

Se utilizó el cálculo muestral con la fórmula Alpha, utilizado para estudios transversales:

Fórmula:

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

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 62

z: valor de distribución de gauss: $z_{\alpha} = 0,05 = 1,96$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar: 10% = 0,1

q: $1 - p$ (si $p = 50 \%$, $q = 50 \%$) = 1

i: error que se prevé cometer si es del 10 %: $i = 0,01$

$$n = \frac{59,5448}{1,5704}$$

n = 37,91 n = 38 gestantes

2. Características de la Población:**Criterios de inclusión**

- Registros del monitoreo electrónico fetal en buen estado.
- Trazados del monitoreo electrónico fetal legibles.
- Trazados del monitoreo electrónico fetal con sello y firma del personal de salud que interpreto dicho trazado.
- Registros en la historia clínica con datos completos del parto.
- Gestantes con distocia funicular.

3. Muestreo

Probabilístico bajo la modalidad de aleatoria simple.

4. Unidad de Análisis

Cada gestante.

5. Unidad de Muestreo

Cada gestante con distocia funicular.

6. Marco Muestral

Relación de gestantes con distocia Funicular.

3.4 Instrumento de recolección de datos

1. Técnica, fue el análisis documental que es una herramienta sistemática al servicio y se fundamenta en la utilización de documentos; recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes,⁷⁰ para esta investigación se utilizó el informe del monitoreo fetal electrónico e historias clínicas maternas perinatales.

2. Instrumento, fue la ficha de recolección de datos constituida por cuatro partes.

1. Datos Obstétricos con cinco ítems: Edad gestacional, Edad materna, paridad, antecedentes obstétricos y culminación del parto. 2. Monitoreo electrónico fetal con cinco ítems: línea de base, variabilidad, aceleración, desaceleración y movimientos fetales. 3. Características de la distocia funicular con tres ítems: tipo de circular de cordón, lugar de circular de cordón, longitud de cordón. 4. Teorema de Bayes con cuatro ítems: valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, sensibilidad y especificidad.

3. Validez y confiabilidad:

La validez de los instrumentos es racional, por tratarse de documentos validados por el Ministerio de salud y el Centro Latinoamericano de Perinatología y la Organización Mundial de la Salud.

La confiabilidad se realizó mediante la prueba RK Richardson que es de 0,94 aceptable para la ficha de recolección de datos.

Tabla A

Estimación de la confiabilidad por el
Método de KR de Richardson

Instrumento inferenciable	(n _p =10)
	KR
MEF con distocia funicular	0,94

Fuente: prueba cuantitativa

3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos

1. **Autorización.** - Se gestionó los permisos respectivos a las autoridades respectivas para la aplicación del instrumento; también se realizó las respectivas coordinaciones con el encargado de la unidad de monitoreo fetal electrónico.
2. **Identificación.** - Se identificó a los pacientes mediante el registro correspondiente.
3. **Selección de participantes.** - Luego se aplicó los criterios de inclusión, se procederá a seleccionar a cada mujer con monitoreo electrónico fetal.
4. **Aplicación del instrumento.** - Se procedió a recolectar los datos y anotarlos en la ficha.
5. **Digitación.** - Una vez que obtuve la información lo digité en una base de datos en Microsoft Excel, la cual era ingresada diariamente.
6. **Archivo.** - Toda la documentación se encontró en la base de la investigadora en calidad de custodia hasta dos años.
7. **Consideraciones éticas**⁷¹. - La presente investigación se realizó respetando las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, tomando del manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación (OPHSI) y del comité institucional de ética para humanos (CIE). Categoría de investigación de “Ningún Riesgo” (exoneración de revisión).

8. Elaboración de los datos

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica, cada uno de los datos que se utilizó; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a los datos esperados en el instrumento respectivo, según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

9. Análisis e interpretación de datos:

Análisis descriptivo. - Se analizó de acuerdo a las características de cada una de las variables según el grupo de estudio, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó; Se empleó figuras, para facilitar la comprensión, con el estímulo visual simple, resaltante y fácilmente comprensible.

Análisis inferencial.- Se consideró varios indicadores epidemiológicos, para ello se utilizó el teorema de Bayes, de tendencias de proporciones, donde consideramos: 1. Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo, Sensibilidad y Especificidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

VALOR PREDICTIVO DEL TEST NO ESTRESANTE EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA. AÑO 2015

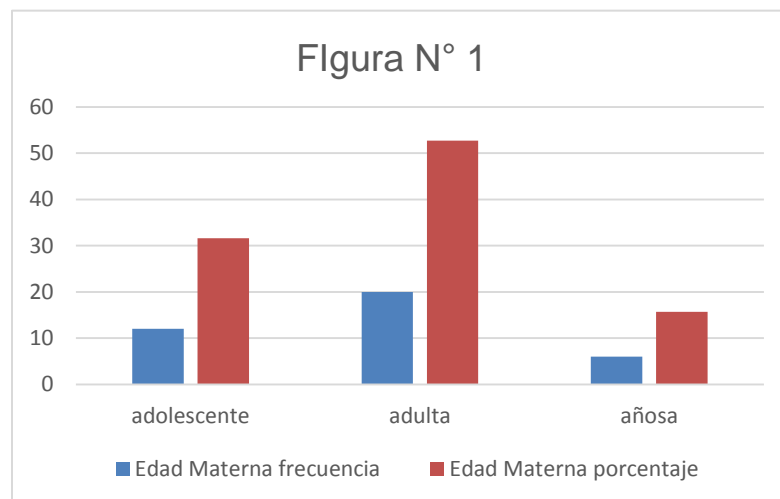
Tabla N° 1

Edad Materna

Edad	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Adolescente	12	31.6
Adulta	20	52.7
Añosa	6	15.7
Total	38	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 1 observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico test no estresante el 52.7% son gestantes adultas, el 31.6% son adolescente y el 15.7% son añosas



Fuente: tabla N° 1

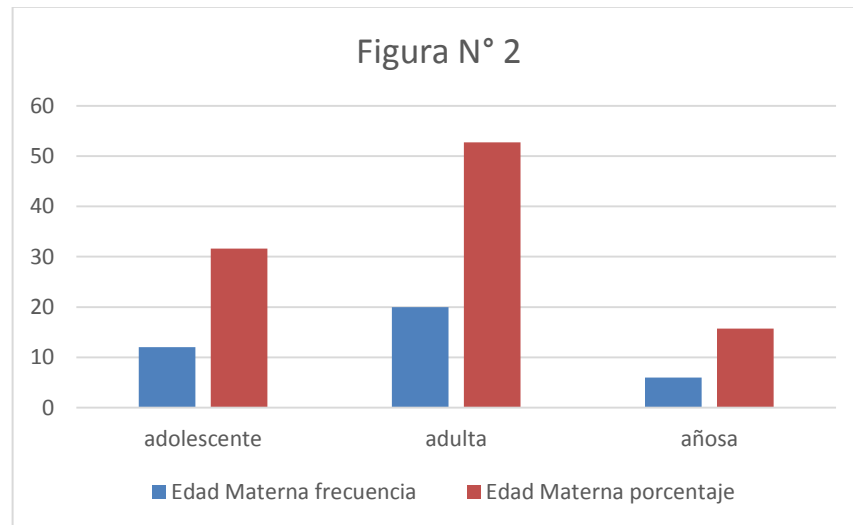
Tabla N° 2

Edad Gestacional

Edad Gestacional	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Pre termino	6	15.9
A Termino	28	73.5
Post Termino	4	10.6
Total	38	100

Fuente: ficha de recoleccion de datos

Interpetación: En la tabla N°2 Observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electronico test no estresante el 73.5% tuvieron parto a termino, el 15.9% tuvieron parto pre termino, 10.6% tuvieron partos post termino.



Fuente: Tabla N°2

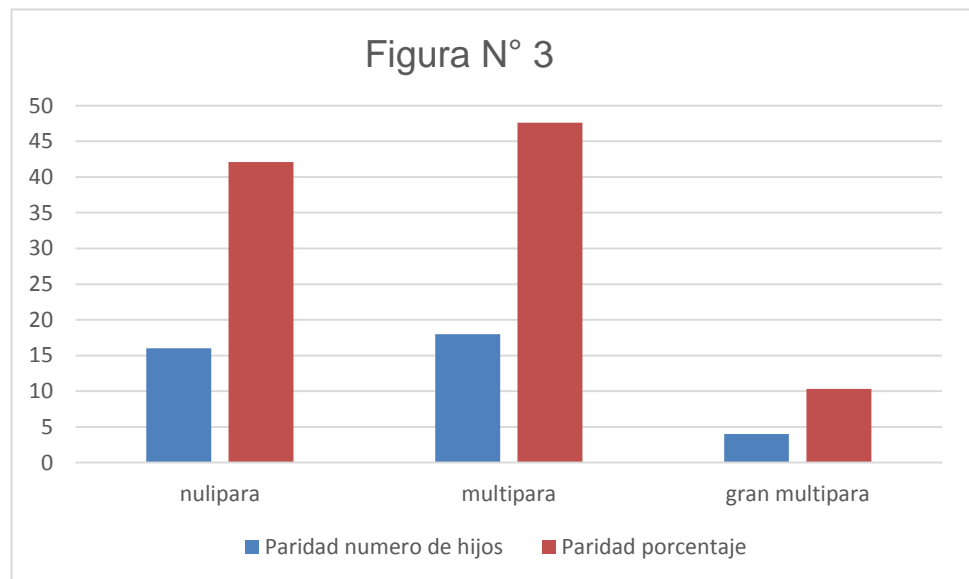
Tabla N° 3

Paridad

Paridad	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Nulípara	16	42.1
Múltipara	18	47.6
Gran Múltipara	4	10.3
Total	38	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 3 Observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico test no estresante el 47.6% son gestantes múltipara, el 42.1% son gestantes nulíparas y el 10.3% gestantes gran múltipara.



Fuente: Tabla N° 3

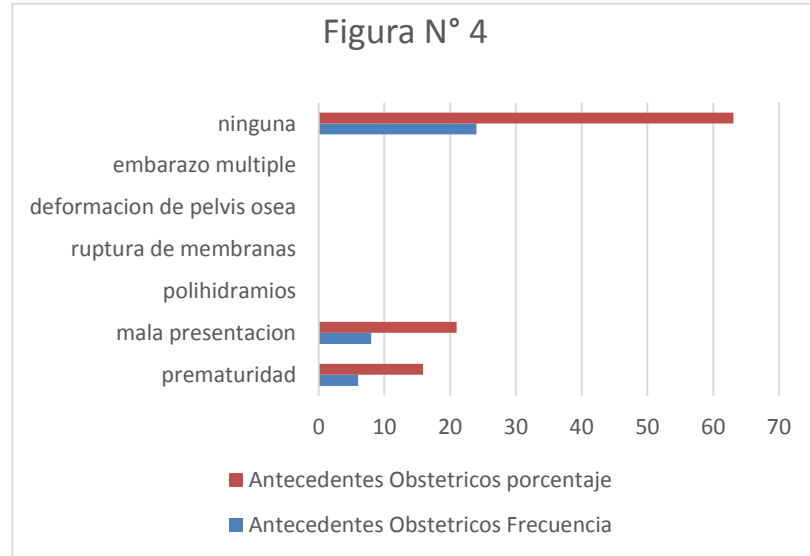
Tabla N° 4

Antecedentes Obstétricos

Antecedentes Obstétricos	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Prematuridad	6	15.9
Mala Presentación	8	21
Polihidramnios	0	0
Ruptura De Membranas	0	0
Deformación De Pelvis Ósea	0	0
Embarazo Múltiple	0	0
Ninguna	24	63.1
Total	38	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 4 observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico test no estresante el 15.9 tienen antecedentes de prematuridad, 21% mala presentación, y 63% ningún tipo de antecedentes obstétricos.



Fuente: Tabla N° 4

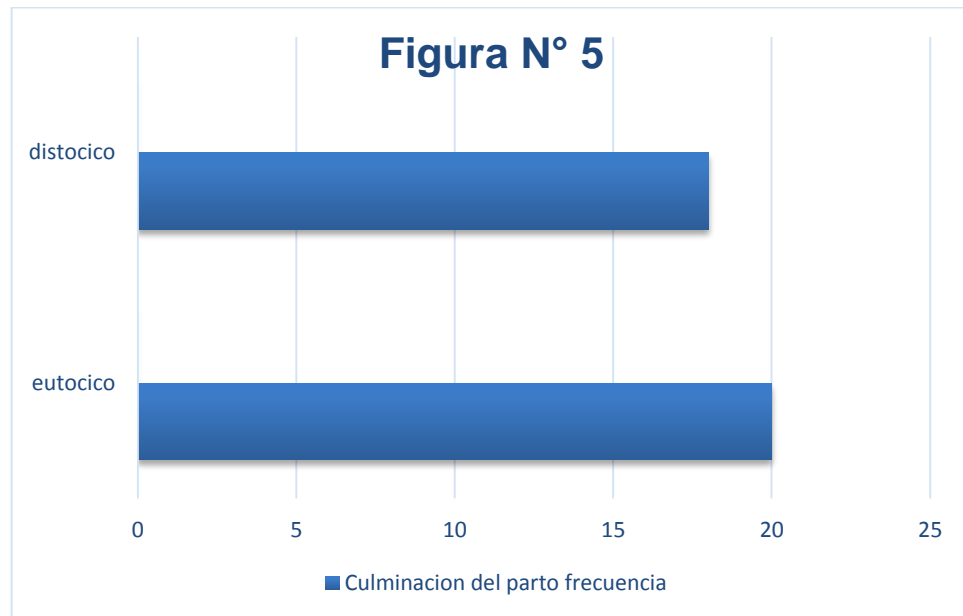
Tabla N° 5

Culminación del parto

Culminación del parto	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Eutócico	20	52,6
Distócico	18	47,4
Total	38	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N°5 Observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico test no estresante el 47,4% la culminación del parto fue distocico, el 52,6% fue parto eutocico.



Fuente: Tabla N°5

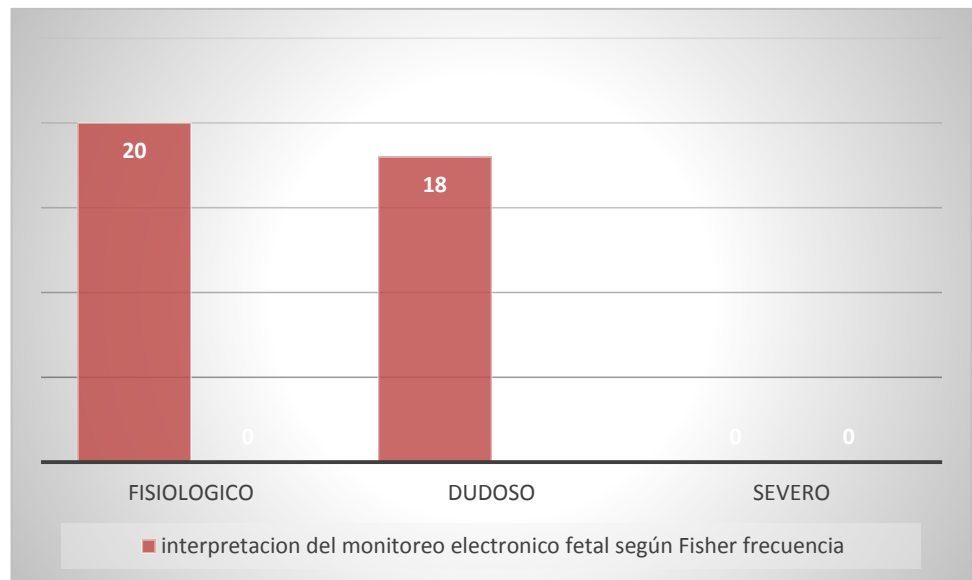
Tabla N° 6

Monitoreo Electrónico Fetal No Estresante Según Fisher

TNE	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Fisiológico	20	52,6
Dudoso	18	47,4
Severo	0	0
Total	38	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N° 6 Observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico test no estresante el 52,6 % obtuvieron un resultado fisiológico, el 47,4% dudoso y no se presentaron caso severos.



Fuente: Tabla N° 6

Tabla N° 7

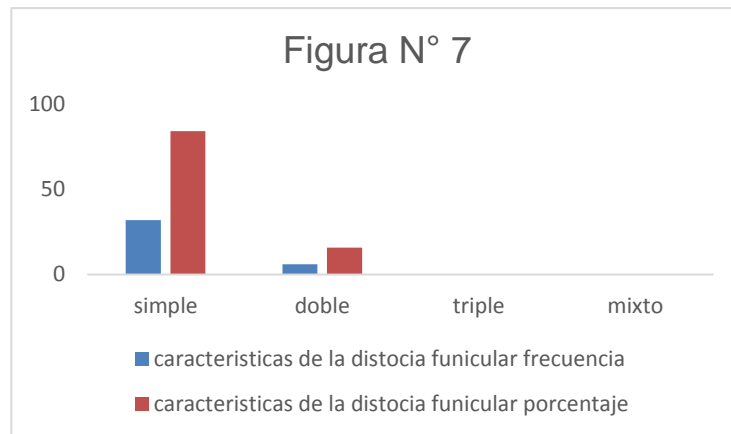
Características de la Distocia Funicular

Tipo de Circula de Cordón Umbilical

Tipo de CCU	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Simple	32	84.2
Doble	6	15.8
Triple	0	0
Mixto	0	0
Total	38	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpetración: En la tabla N° 7 Observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electronico test no estresante el 84.2% presento el tipo de circular simple, el 15.8% presento el tipo de circular doble y no hubo del tipo triple ni mixto.



Fuente. Tabla N° 7

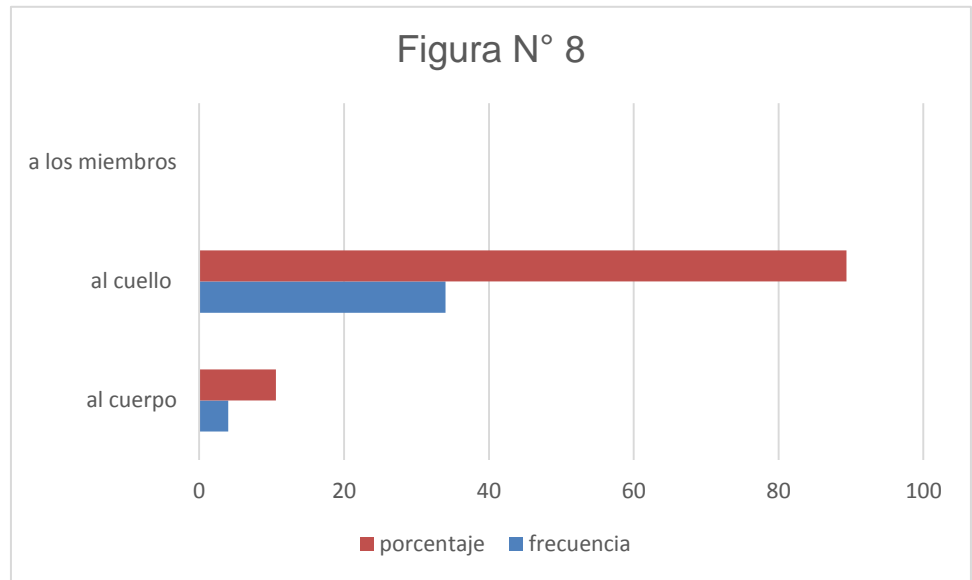
Tabla N° 8

Lugar del Circular de Cordón Umbilical

Lugar del CCU	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Al Cuerpo	4	10.6
Al Cuello	34	89.4
A Los Miembros	0	0
Total	38	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla N°8 Observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico test no estresante el 89.4% presento el circular en el cuello, el 10.6% presento el circular al cuerpo y no se encontro en los miembros.



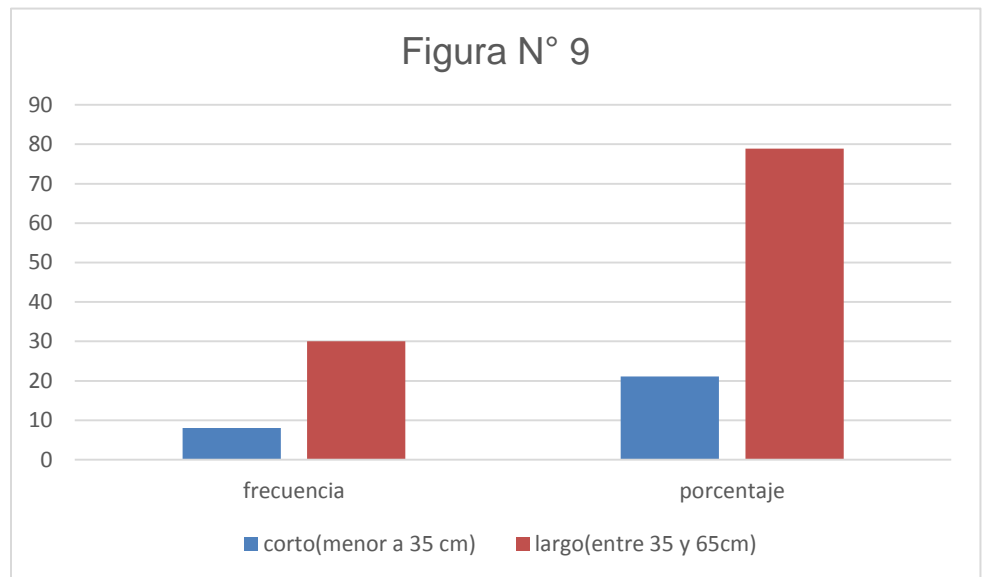
Fuente: Tabla N° 8

Tabla N° 9
Longitud de Cordón

Lugar del CCU	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Corto (Menor a 35 Cm)	8	21.1
Largo (Entre 35 y 65cm)	30	78.9
Total	38	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretección: En la tabla N° 9 Observamos que las gestantes con distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico test no estresante el 78.9% presento el circular en largo, el 21.1% presento un circular corto.



Fuente: Tabla N° 9

4.2 Indicadores epidemiológicos

TEOREMA DE BAYES

	Antes	Después
Valor predictivo positivo	14	6
Valor predictivo negativo	24	32

$$\text{Sensibilidad} = \frac{a}{a+c} * 10n$$

$$\text{Sensibilidad} = \frac{14}{(14+24)} = 38\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{d}{b+d} * 10n$$

$$\text{Especificidad} = \frac{32}{(6+32)} = 84\%$$

$$\text{Valor predictivo positivo} = \frac{a}{a+b} * 10^n$$

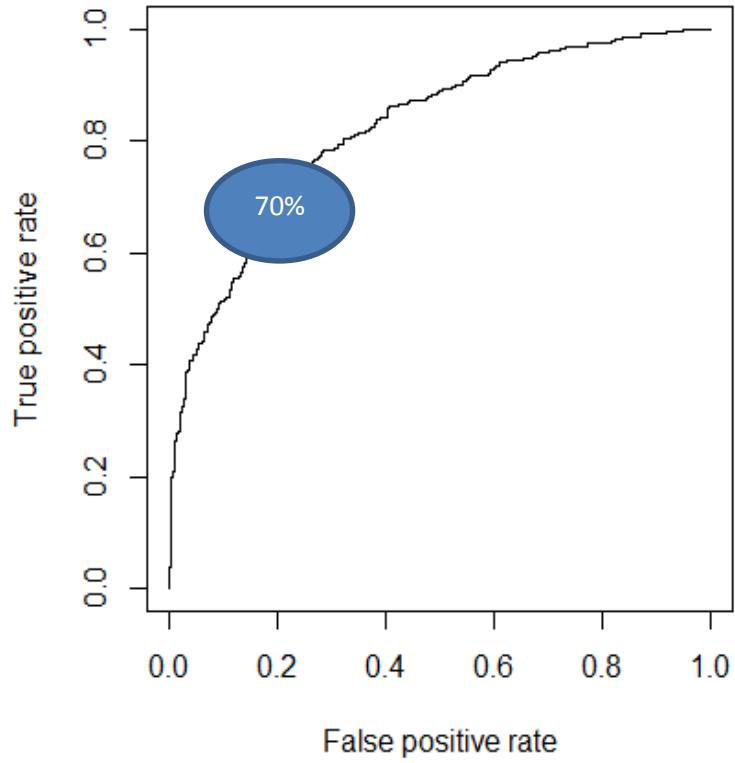
$$\text{Valor predictivo positivo} = \frac{14}{(14+6)} = 70\%$$

$$\text{Valor predictivo negativo} = \frac{d}{c+d} * 10^n$$

$$\text{Valor predictivo negativo} = \frac{32}{(24+32)} = 60\%$$

Interpretación.- Encontramos una sensibilidad de 38% que indica el test no estresante reconoce como casos positivos en gestantes con diagnóstico de distocia funicular y una especificidad de 84 %, que el test no estresante los reconoce como casos negativos clasifica como fisiológico.

El resultado del test no estresante nos demuestra un valor predictivo positivo del 70% afirmando la verdadera presencia de la enfermedad y un valor predictivo negativo del 60% determinando la ausencia de la enfermedad.



CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

Los Monitores Fetales Electrónicos se utilizan para detectar y seguir el ritmo cardiaco fetal y las contracciones uterinas.⁷² Al existir una distocia funicular que sea detectado a tiempo sirve para evitar mal formaciones y daños a los recién nacidos en este estudio se encontró los siguientes resultados:

- En la variable de la edad materna está compuesta por gestantes adulta en 52.7%, en el estudio de Aguirre se encontró que la edad promedio esta entre los 27 años; en el de Aspa y Bonilla se observó que las gestantes estudiadas están entre los 20 y 34 años(49.44%); en el de Atilon e Hlnostrosa se observa que la edad media de las gestantes estudiadas es de 27 años, en el estudio de Zapata y zurita se encontró que las gestantes estudiadas están comprendidas entre las edades de 20 a 34 y en el estudio de Pineda Rodriguez la edad materna se encuentra entre los 24 años; lo cual podemos tener como conclusión que todos los estudios anteriormente mencionados son similares a los nuestros.
- En la variable de edad gestacional en nuestro estudio se observó que las pacientes estudiadas tienen una gestación a término (73.5%), en el estudio de Atilon se observa que la edad gestacional promedio esta entre las 38 semanas de gestación, en el caso de zurita se observó que el promedio esta entre los 37 a 41 años, en lo cual podemos observar que estos datos son similares a los nuestros.

- En la variable de paridad en nuestro estudio se observó que las gestantes estudiadas son multíparas (47.6%), en el estudio de Atilon de observo que la paridad de las gestantes estudiadas es multíparas lo cual nos indican que son similares a nuestros estudios, en el estudio de Zapata y zurita se observó que la paridad.
- En la variable de la culminación del parto termino en parto distócico (84.2%), en el estudio de Aguirre y Soto se encontró que la culminación de la gestación es parto vaginal y en el estudio de Zapata y Zurita se observó que la vía de culminación fue vaginal en mayor porcentaje los cuales son resultados muy diferentes a los nuestros.
- En la variable de Características de la circular de cordón encontramos los siguientes casos, circular simple en 84.2%, al cuello 89.4%, y con una longitud de 78.9%; en el estudio de Pardo encontró que las características del circular son doble 56.52%, al cuello 78,26%, y el largo entre 35 a 65 son 60.87% lo cual es diferente a nuestro resultado encontrado en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

1. Las gestantes con diagnóstico de distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico fetal no estresante tuvieron las características obstétricas más frecuentes; concerniente a la edad son gestantes adulta con un 52,7%; la edad gestacional a término 73%; paridad múltipara 47,6; antecedentes obstétricos prematuridad 15,9%; culminación del parto eutócico en un 52,6%.
2. Identificamos que las gestantes con diagnóstico de distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico fetal no estresante, obtuvieron un resultado fisiológico un 52,6 % como mayor porcentaje.
3. Identificamos que las gestantes con diagnóstico de distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico fetal no estresante, presentaron el tipo de circular de cordón umbilical simple 84,2%; el lugar fue en el cuello fetal el 89.4% y la longitud largo presentó el 78,9%.
4. Identificamos los parámetros del teorema de Bayes en indicadores de valor predictivo positivo es de 70%; el valor predictivo negativo es de 60%; sensibilidad 38%; y especificidad 84% en las gestantes con diagnóstico de distocia funicular que se han realizado el examen de monitoreo electrónico fetal no estresante.

SUGERENCIAS

1. Recomendamos al servicio de control prenatal que las gestantes adultas, que se encuentren con una gestación a término, y sean multíparas con diagnóstico de distocia funicular deben realizarse el examen de monitoreo electrónico fetal de manera continua para verificar el bienestar del recién nacido.
2. Recomendamos al servicio de control que las gestantes con diagnóstico de distocia funicular fisiológico brindarles consejería acerca de los signos de alarmas de la gestación.
3. Recomendamos al servicio de Gineco Obstetricia que las gestantes con diagnóstico de distocia funicular, además de realizar el examen de monitoreo electrónico fetal deben complementar sus exámenes con una ecografía para salvaguardar el bienestar de feto.
4. Recomendamos al personal del servicio control prenatal que todo gestantes debe tener un examen de monitoreo electrónico fetal no estresante para detectar tiempo los problemas de asfixias moderadas, severas, la cual conllevaría a una muerte neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ramón M. Monitoreo Fetal. Lima-Perú. 2013; p.1.
- 2 Mandujano J. Frecuencia cardíaca fetal, vigilancia, interpretación y manejo. Lima, Peru.1995; p.5.
- 3 Datta D, Sanjay H. Manual anestesia obstétrica. España. 2001; p. 119.
- 4 Dorato I. Monitoreo Electrónico Fetal. [Internet] 2012; 54: 2-6 [Consultado 2016 Ene 15] Disponible en: <Http://Www.Natalben.Com/Pruebas-Diagnosticas/Control-Bienestar-Fetal-Antepa>.
- 5 Asociación Americana del Embarazo. Prueba No Estresante. Estados unidos: Michigan; 2014. [Consultado 2014 Nov 8]. Disponible en: <http://americanpregnancy.org/es/prenatal-testing/non-stress-test/>
- 6 Fabr  E. Investigación Clínica en Perinatología: Masson. ed. 1998; pp 1 -3.
- 7 Fabr  E. Ibíd., p.3.
- 8 Hon E. La Evaluación Electrónica de la Frecuencia Cardíaca Fetal. Estados Unidos. 2001. Rev. Am J. Obstet. Gynecol 75:1215 – 30.
- 9 Yudelia M, Nilda S. Valor Predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en la Distocia Funicular en el I.M.P. Perú, Lima. 2012; pp. 3- 4.
- 10 Pardo de Vélez G. Investigación de la Salud. Colombia. 2006; p.106.
- 11 Aguirre M y Soto M. Resultado perinatal asociado con el cordón umbilical al cuello fetal y su relación con la vía de resolución del embarazo, Hospital General San Juan de Dios del 2006 al 2011. Guatemala. 2013; pp. 12- 20.
- 12 Martínez A. Diagnóstico y control evolutivo de las circulares de cordón en el primer trimestre de gestación mediante ecografía 3d/4d y Doppler. España. 2012; pp. 60 – 173.
- 13 Pardo P. Cardiotocografía en el diagnóstico de distocia funicular: Hospital Materno Infantil German Urquidí. Bolivia. 2007; pp. 1-3.
- 14 Antial n J y Hinostroza C. Valoración del diagnóstico por ecografía Doppler Color y Ecografía en modo B en el circular de cordón en gestantes a término. Perú, Lima. 2011; pp. 9 -37.
- 15 Zapata Y y Zurita N. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular. Perú, Lima. 2002; pp. 2-19.

-
- 16 Pineda M y Rodríguez E. Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical en recién nacidos de madres atendidas en el Instituto Materno Perinatal 2001. Perú, 2002; pp. 7-20.
 - 17 Montes de Oca D. ¿Qué es el Monitoreo Fetal? [Internet]. 2012; 24: 5-8. Consultado 2015 Nov 25]. Disponible en: <http://www.tvcrecer.com/2012/monitoreo-fetal/>
 - 18 Ibieck T. Paciente información médica de confianza y apoyo en el Monitoreo Fetal Intraparto [Internet]. 2012; 12: 4-10 [2015 Dic 20]. Disponible en: <Http://Www.Patient.Co.Uk/Showdoc/40000220/.LosAngeles>
 - 19 Chávez P. Vélez H. Monitoreo fetal electrónico intraparto patológico y su relación con el Apgar neonatal en pacientes atendidas en centro obstétrico del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán. Ecuador. 2012; pp. 8-9.
 - 20 Tuesta J. Test No Estresante (Nst) Test Estresante (Cst). Perú, San Martín. 2011; pp. 2-4.
 - 21 Parer J. Medicina fetal materna: Frecuencia cardíaca fetal: Philadelphia. USA. 1994; pp. 25-26.
 - 22 Parer J. *Ibid.*, p.27.
 - 23 Cunningham G, Leveno K, Bloom S y et al. Williams Obstetricia. Valoración pre Natal y Valoración durante el Parto: Mc Graw Hill. 23 ed. México. 2011; pp. 334-340.
 - 24 Martel A y Romero M. Guía de procedimiento asistencial de monitoreo electrónico fetal anteparto (NST). Perú, Lima. 2014; p.2.
 - 25 Valdés E. Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Rev. Chil Obstet Ginecol 2003; 68(5): 411-419.
 - 26 Macones, Hankins y Spong. Instituto nacional de salud infantil y taller de desarrollo humano 2008 replantar en la monitorización fetal electrónica: actualización de definiciones, interpretación y líneas de investigación. Rev. Gynecol Obstet 2008; 112: 661-6.
 - 27 Caldeyro Barcia R. Monitorización fetal. Uruguay, Montevideo. 1976; p.13.
 - 28 Calvo R. *Op Cit.*, p.3.
 - 29 Hammacher H. La importancia clínica de la cardiotocografía. medicina perinatal. Alemania, Berlín. 1969; p.10.

-
- 30 Gallo V, Martínez C y Santiago B. Control del bienestar fetal anteparto métodos biofísicos y bioquímicos. España. 2012; p.364.
 - 31 Hospital Universidad Donostia. Guía de Monitorización Electrónica Fetal Intraparto. España. 2012; p.4.
 - 32 Guzmán R. Acercamiento a la interpretación y estudio de la cardiotocografía fetal. Cuba. 2014; p.5.
 - 33 Otero J. Lectura de un monitoreo fetal electrónico. Venezuela. 2010; p. 35.
 - 34 Otero J. *Ibíd.*, p. 36.
 - 35 Calvo R. Monitoreo Fetal. Colombia.2014; p.3.
 - 36 Acién P, Lloret M. Los movimientos fetales en el diagnóstico del estado intrauterino. *Rev. Esp. Obstet Ginec* 1982; 41:12.
 - 37 Aladjem S, Feria A, Resto J. et al. De frecuencia cardíaca fetal a las respuestas Los movimientos fetales. *Rev. Br J Obstet Gynaecol* 1977; 84: 487-91.
 - 38 Marreros J. Monitoreo fetal intraparto test no estresante test estresante directrices de gestión clínica para los ginecólogos obstetras. Canadá. 2009; p.20.
 - 39 Niswander K. Manual de obstetricia, diagnóstico y tratamiento: Salvat. 3 ed. México. 1994; p.15.
 - 40 Valdés R. Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2003; 68: 411-419.
 - 41 Niswander K. *Op cit.*, p.16.
 - 42 Valdés R. *Op cit.*, p.420.
 - 43 Gálvez E. Fundamentos y técnicas de monitorización fetal. Barcelona: Científico Médica. España. 1982; p.12.
 - 44 Gimovsky M, Koul M, Kappy K. Atípica desaceleración variable de y la restricción de crecimiento intrauterino. *Rev. Am. J Perinatol* 2002; 22 : 588-591
 - 45 Zapata Y y Zurita N. *Op cit.*, p.8.
 - 46 Heinnichen M. Distocias Funiculares y sus resultados perinatales. *Rev. Obstetricia Revista Oficial de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia*. Paraguay. 2015; p.25.
 - 47 Smith D. Distocias Funiculares. Panamá. 2008; p.2.
 - 48 Villares J. Distocias funiculares. Perú, Lima.2010; p.5.

-
- 49 Agüero O. Circulares del cordón. Rev. Obstet Ginecol Venez 1993; 53(3):131-41.
 - 50 Agüero O. *Ibíd*; p.142.
 - 51 Benirschke K, Kaufmann Patología de la placenta humana: Springer-Verlag. 2 ed. USA, New York. 1990; pp.130-131.
 - 52 Zamora A, Grego C, Uzcátegui O. A propósito de la trombosis del cordón umbilical. Rev. Obstet Ginecol Venez 1988; 48(1):19-20.
 - 53 Zamora A, Grego C, Uzcátegui O. *Ibíd.*, p.21.
 - 54 Sornes T. El cordón umbilical como una causa de sufrimiento fetal. Rev. Obstet Gynecol Scand 1989; 68 (7): 609-611.
 - 55 Sornes T. *Ibíd.*, p.612.
 - 56 Baergen R, Malicki D, Behling C. Benirschke K. La morbilidad, la mortalidad y patología placentaria en cordones umbilicales excesivamente largos: retrospectiva estudiar. Rev. Pediatr Dev Pathol 2001; 4 (2): 144-153
 - 57 Raio L, Ghezzi M, Di Naro E, y et al. Diagnóstico prenatal de cordón umbilical magra: simple marcador para el feto en riesgo de ser pequeño para la edad gestacional al nacer. Rev. Ultrasonido Obstet Gynecol. 1999; 13 (3): 157-160.
 - 58 Di Naro E, Ghezzi F, Raio L, y et al. Flujo umbilical de sangre venosa en fetos con cordón umbilical normal y magra. Rev. Ultrasonido Obstet Gynecol 2001; 17 (3): 224-228.
 - 59 Smith A, Hogue T. El índice umbilical enrollado y feto- placentario características. Rev. Am J Obstet Gynecol 1995; 172 : 320-2
 - 60 Atars R, Sanoja R, Borregales J, Pérez C. Vasa previa con inserción velamentosa del cordón: reporte de un caso. Rev. Obstet Ginecol Venez 1988; 48(4):207-9.
 - 61 Atars R. *Ibíd.*, p.173.
 - 62 González J. Obstétrica: Masson. 5 ed. España, Barcelona. 2006; pp 88 – 90.
 - 63 Geo Salud. Monitoreo fetal [Internet]. Estados Unidos; 2012. [Consultado 2016 Dic 29]. Disponible en: <http://www.geosalud.com/embarazo/monitoreofetal.htm>

-
- 64 Rolla E. ¿Qué Es Un Circular De Cordón? [Internet]. 2012; 7:2-4 [Consultado 28 Dic]. Disponible en https://www.google.com.pe/search?q=Concepto+De+Monitoreo+Electronico+Fetal&Oq=Concepto+&Aqs=Chrome.0.69i59j69i57j69i59l2j0l2.3832j0j7&Sourceid=Chrome&Es_Sm=93&le=UTF-8#Q=Concepto+Circular+De+Cordon
- 65 Pardo U. Monitoria Fetal Y Partograma. Rev. Gineco-Obstetricia. Colombia. 2009; p.7.
- 66 Supo J. Seminarios De Investigación Científica. Perú, Arequipa. 2014; p.1.
- 67 Supo J. *Ibíd.*, 2 P.
- 68 Pardo De Vélez G y Cedeño M. Investigación En Salud: Mc Graw Gill. Colombia. p.106.
- 69 García J, López J, Jiménez F y et al. Metodología de la Investigación: Prueba Diagnóstica. Mc Graw Hill. México. 2014; p.39.
- 70 Rodríguez M. A cerca de la investigación bibliográfica y documental. Chile. 2013; pp. 2 -10.
- 71 Biblioteca de la Escuela de Post Grado Víctor Alzamora Castro. Manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación (OPHSI) y del comité institucional de ética para humanos (CIE). Universidad Peruana Cayetano Heredia Vicerrectorado de Investigación. Resumen. 2002.
- 72 Sutter H. Monitoreo Fetal. [Internet]. 2008; 5: 7-8 [Consultado 1 febrero 2016]. Disponible en: [Http://www.Bebes.Sutterhealth.Org/Laboranddelivery/Ld_Fm.Html](http://www.Bebes.Sutterhealth.Org/Laboranddelivery/Ld_Fm.Html)

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	DISEÑO
<p>General: ¿Cuál es el valor predictivo del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro – Ica. Año 2015?</p>	<p>General: Determinar el valor predictivo del Test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular en el hospital Santa María del Socorro. Ica. Año 2015.</p>	<p style="text-align: center;">Variable de Interés: Monitoreo Fetal Electrónico</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Observacional</p> <p>Retrospectivo</p> <p>Transversal</p>
<p>Específicos:</p> <p>1. ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro. Año 2015?</p> <p>2. ¿Cuáles son los resultados del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro. Año 2015 ?</p> <p>3. ¿Cuál es la característica de distocia funicular en gestantes que se han realizado el test no estresante en Hospital Santa María del Socorro. Año 2015?</p> <p>4. ¿Cuáles son los parámetros del teorema de Bayes del test no estresante para el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María Del Socorro-Ica Año 2015?</p>	<p>Específicos:</p> <p>1. Caracterizar los datos obstétricos de las gestantes con diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro. Año 2015.</p> <p>2. Identificar los resultados del test no estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María del Socorro. Año 2015.</p> <p>3. Identificar las características de distocia funicular en gestantes que se han realizado el test no estresante en el Hospital Santa María del Socorro. Año 2015</p> <p>4. Identificar cuáles son los parámetros del teorema de Bayes del test no estresante para el diagnóstico de distocia funicular. Hospital Santa María Del Socorro- Ica Año 2015</p>		<p>Nivel: Predictivo</p> <p>Diseño: analítico.</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
ESCUELA DE POSGRADO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



SEGUNDA ESPECIALIDAD: EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO: VALOR PREDICTIVO DEL TEST NO ESTRESANTE EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA. AÑO 2015

OBJETIVO: VALOR PREDICTIVO DEL TEST NO ESTRESANTE EN EL DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR. HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA. AÑO 2015.

H.C. Materna.....

N° de ficha.....

I. DATOS OBSTÉTRICOS

A. Edad gestacional.

- () pre termino
- () termino
- () post termino

B. Edad Materna

- () Adolescente
- () Adulta
- () Añosa

C. Paridad.

- () Nulípara
- () Multípara
- () Gran multípara

D. Antecedentes Obstétricos.

- | | | |
|---------------------------------|--------|--------|
| - Prematuridad | () SI | () NO |
| - Mala presentación | () SI | () NO |
| - Poli hidramnios | () SI | () NO |
| - Ruptura de membranas | () SI | () NO |
| - Deformación de la pelvis ósea | () SI | () NO |
| - Embarazo múltiple | () SI | () No |

E. Culminación del parto.

I) Eutócico..... ()

II) Distócico:.....()

II. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL: TEST NO ESTRESANTE:

Test de Fisher

Variable	0	1	2	Total
línea de base	< 100 y > 180	100 a 119 y 1616 a 180	120 a 160	
Variabilidad	< 5	Periódicas o esporádicas	10 a 25	
Aceleración	0	Variables o alejadas	Esporádicas 5 o mas	
Desaceleración	Repetidas o desfavorables	No repetidas	Ninguna o tempranas	
Movimientos fetales	No hay	1 a 4 mov/min	> 5 mov/min	

Resultado:

() 8 – 10 fisiológico

() 5 -7 dudoso

() < 5 mal patológico

III. CARACTERÍSTICAS DE LA DISTOCIA FUNICULAR

1. Tipo de circular de cordón

() Simple

() Doble

() Triple

2. Lugar de circular de cordón

() Al cuerpo

() Al cuello

() Mixto

3. Longitud de cordón

() Corto

() Largo

IV. TEOREMA DE BAYES


1. Valor Predictivo Positivo

2. Valor Predictivo Negativo

3. Sensibilidad

4. Especificidad

ANEXO 2



PERÚ Ministerio de Salud

UNIDAD EJECUTORA 402 SALUD NASCA

No. HC

■ = significa ALERTA ■ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombre:

Establ. Origen: _____ No aplica Tipo Seguro: SIS ESSALUD PRIVADO Ocupación: _____

DNI N°

Dirección: _____ Localidad: _____ Cod. Sector: _____ Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior N° Univ. Edad: _____ <15 >35 Años aprobados

Departamento: _____ Provincia: _____ Estado Civil: Casado Conviviente Soltero Otro Padre RN: _____

Distrito: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Establecimiento:

Código Afiliación Seguro:

Antecedentes Obstétricos:

Gestas: Abortos: Vaginales: Nacidos Vivos: Viven:

0 ó + 3 < 2500 g Múltiple < 37 sem. Partos: Cesáreas: Nacidos muertos: Muerto - 1ra semana: Después - 1ra semana:

RN de mayor peso: g

Gestación Anterior:

Fecha: ____/____/____ Per. Interferido Asociado: Si No

Terminación: Si fue aborto: Si No

Parto Vaginal Cesárea Ectópico Aborto molar No Aplica

Incompleto Completo Fruto/Retenido Sécrico No Aplica

Lactancia Materna: No hubo <6 meses 6 meses o más No Aplica

Lugar del parto: EESS Domic.

Captada: Si No Referida X Ag Comuni: Si No

Antecedentes Familiares:

Ninguno Alergias Enf. Hipertens. Emb. Epilepsia Diabetes Enferm. Congénitas Emb. Múltiple

Malaria Hipertensión Arterial Hipotiroidismo Neoplásica TBC Pulmonar Otros: _____

Antecedentes Personales:

Ninguno Aborto habitual/ recurrente Alcoholismo Alergia medicamentos Violencia Asma Bronquial Cardiopatía Cirugía Pelv. uterina Diabetes

Eclampsia Enferm. Congénitas Enferm. Infecciosas Epilepsia Hemorra. Postparto Hipertensión Arterial Coca Infertilidad Neoplasia

Otras Drogas Parto prolong. Preeclampsia Prematuridad Reten. placenta Tabaco TBC Pulmonar Transm. mentales VIH/SIDA Otros: _____

Vac. Previas:

Rubeola Si No Hepatitis B Si No Papiloma Virus Si No Fiebre Amarilla Si No

Peso y Talla:

Peso Habitual: kg. Talla: cm.

Antitetánica:

N° Dosis Previa: 1ra 2da Meses de gestación: _____

Dosis: Sin Dosis No Dosis

Tipo de Sangre:

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh (-) Sin Dosis Rh (+) Dosis Rh (-) Dosis

Fuma: Si No

Drogas: Si No

Fecha Última Menstruación:

FUM: ____/____/____ Duda: Si No

EG. (Ecografía) Sem. Fecha: ____/____/____ No Aplica

Fecha Probable de Parto: ____/____/____

Hospitalización:

Hospitalización: Si No

Fecha: ____/____/____ Diagnóstico: _____

CIE 10:

Emergencia:

Fecha: ____/____/____ Diagnóstico: _____

CIE 10:

Violencia / género:

Ficha Tamizaje Si No Violencia Si No Fecha: ____/____/____

Exámenes de Laboratorio:

Examen	Hg(%)	No se hizo	Fecha	Negativo	Positivo	No se hizo	No Aplica	Fecha
Hemoglobina 1:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemoglobina 2:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hemogl.al Alta:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Glicemia 1:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Glicemia 2:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Tolerancia Glucosa:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VDRL/RPR 1:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VDRL/RPR 2:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
FTA Abs.:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
TPHA:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Prueba Rap Sífilis:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
VIH Prueba Ráp.1:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Prueba Ráp.2:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
ELISA:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
IFI / Western Blot:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
HTLV:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
TORCH:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Gota Gruesa:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Malaria Prueba Ráp.:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Fluorec. Malaria:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Ex.Comp.Orina:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Leucocituria:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Nitritos:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Urocultivo:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
BK en Espuito:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Listeria: Tamizaje:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Hepatitis B:	<input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No Reactivo	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
PAP:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
IVA:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Colposcopia:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> No se hizo <input type="checkbox"/> No se Aplica	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

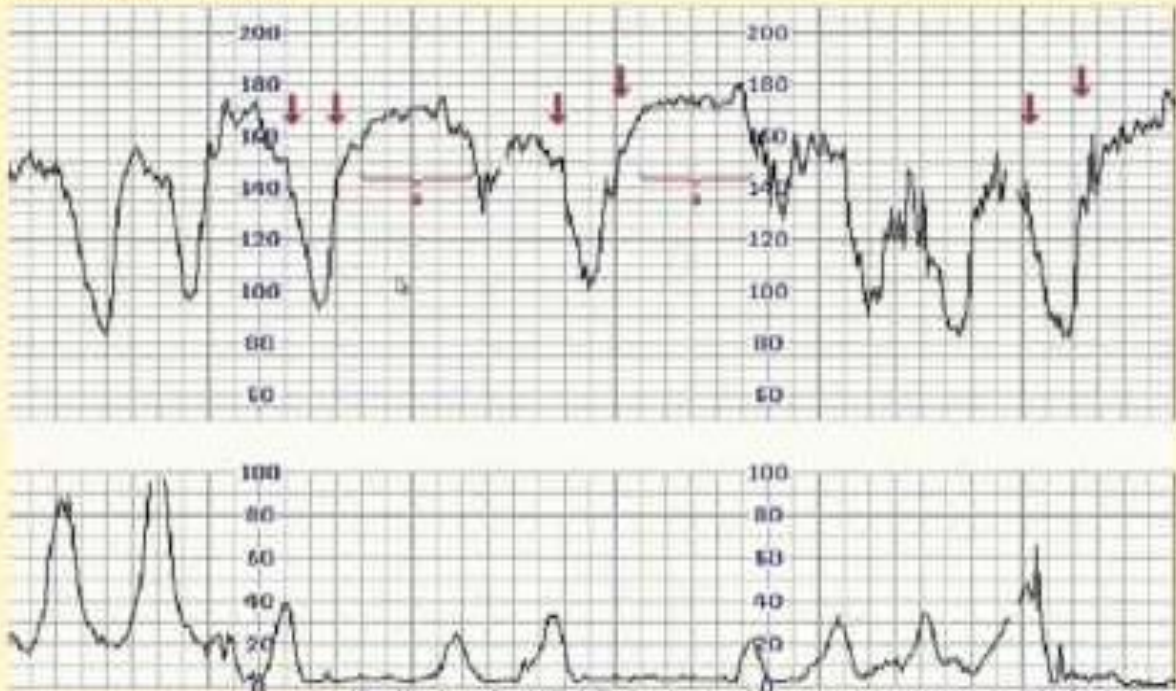
DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

HCMP: Atención Prenatal <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Producto de la concepción <input type="checkbox"/> Hijo Único <input type="checkbox"/> Embarazo Múltiple <input type="checkbox"/> Orden <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"/>	FREC. RESP. <input type="checkbox"/> TEMP. <input type="checkbox"/>
PULSO MATERNO <input type="checkbox"/> PESO <input type="checkbox"/> kg	SITUACIÓN: Longitudinal <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/>
PRESIÓN ARTERIAL (Sistólica/Diastólica) <input type="checkbox"/> E.G. <input type="checkbox"/>	PRESENTACIÓN: Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/>
Fecha y Hora: ____/____/____ : ____:____	
POSICIÓN: Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/>	TAMAÑO FETAL ACORDE: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
ALTURA UTERINA: ____ cm	INICIO: Espontáneo <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/>
F.C.F. <input type="checkbox"/>	DILATACIÓN: <input type="checkbox"/> Rotas <input type="checkbox"/> Integras <input type="checkbox"/>
FECHA RUPTURA: ____/____/____	LIQUIDO AMNIÓTICO: Claro <input type="checkbox"/> Verde claro <input type="checkbox"/> Verde oscuro <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/>
Signos y Síntomas de Alerta	
Anasarca <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/>	Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/> Hipot. ortostática <input type="checkbox"/>
Escotomas <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/>	Epigastralgia <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/>
Dolor hipocost. der. <input type="checkbox"/> Proteinuria <input type="checkbox"/>	
Terminación Fecha: ____/____/____	
TERMINACIÓN: P. Espontáneo <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/> Cesarea electiva <input type="checkbox"/> Cesarea emerg. <input type="checkbox"/>	POSIC. GESTANTE: Horizontal <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
DURACIÓN: Normal <input type="checkbox"/> Prolongado <input type="checkbox"/> Precipitado <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	PARTO GRAMA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
DESGARROS: No hubo <input type="checkbox"/> Grado I <input type="checkbox"/> Grado II <input type="checkbox"/> Grado III/IV <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	MUERTE INTRAUTERINA: No hubo <input type="checkbox"/> Durante parto <input type="checkbox"/> Momento desconocido <input type="checkbox"/>
ALUMBRAMIENTO: Activo <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/>	PLACENTA: Completo <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Retenida <input type="checkbox"/>
EPISIOTOMIA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	LIGADURA CORDÓN: Precoz <input type="checkbox"/> Temprana <input type="checkbox"/> Tardía <input type="checkbox"/>
Recién Nacido	
Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>	Peso: <input type="checkbox"/> <2500 g <input type="checkbox"/> <1500 g <input type="checkbox"/> >4000 g
Talla: ____ mm	P. Cef. ____ mm
Temp. ____ C	
Edad por Ex. Físico: ____ sem <input type="checkbox"/> <37 <input type="checkbox"/> >42 <input type="checkbox"/>	APGAR: 4-6 <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/>
Peso x Edad Gestacional: Adecuado <input type="checkbox"/> Pequeño <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/>	5' <input type="checkbox"/>
Exam. Físico: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Necropsia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	Hospitaliz. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
S. Luética RN: VDRU/RPR <input type="checkbox"/>	Evolución RN: Deposiciones Meconial <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Amarillo <input type="checkbox"/> Sin Meconio <input type="checkbox"/> Ictericia Precoz <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alojamiento Conjunto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	Contacto Piel a Piel (LME): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
LME: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	Vacunas RN al Alta: BCG <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/>
Exámenes de Laboratorio: Glicemia <input type="checkbox"/> Gota Gruesa <input type="checkbox"/> Gota Fresca <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
Tipo de Sangre Antes del alta: Grupo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Rh + <input type="checkbox"/> Rh - <input type="checkbox"/>	No se hizo <input type="checkbox"/>
Puerperio Inmediato	
Horas/días postparto o aborto:	Temperatura:
Pulso (latidos/minuto):	Pres. Arterial max/mín. (mm.Hg):
Involución uterina:	Caricil. Loquios (Sangrado: Leve, Moderado, Severo):
Herida oper. (abdominal/perineal):	Observaciones:
Corticoides antenatales (28-34sem)	
Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/>	No recibe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
SEM. INICIO: ____	
Tipo Procedimiento	
CESÁREA: Corporal <input type="checkbox"/> Segmentaria <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	Medicación en Parto (ver anexo) Sin medicación <input type="checkbox"/>
MEDICACIÓN: 1. ____ 2. ____ 3. ____	MEDICAMENTOS: 1. ____ 2. ____ 3. ____
Indicación Principal Parto Operatorio	
No <input type="checkbox"/> Hubo <input type="checkbox"/>	
Atención	
NIVEL: FONP <input type="checkbox"/> FONB <input type="checkbox"/> FONE <input type="checkbox"/> FOC <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	PARTO NEONATO: Médico <input type="checkbox"/> Residente Médico <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Téc. de Enfermería <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empírica o partera <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Responsable de la atención del Parto:	Responsable de la atención del Neonato:
(firma y sello)	(firma y sello)
HC RN: _____ NOMBRE RN: _____	
Patología Recién Nacido Sin patologías <input type="checkbox"/> Fecha: ____/____/____	
1. ____	Otras (CIE 10) 1: ____
2. ____	2: ____
3. ____	
Reanimación Respiratoria: No <input type="checkbox"/> Origeno <input type="checkbox"/> Bolsa y Mascarca <input type="checkbox"/> Reanim. Avanz. <input type="checkbox"/>	Medicación En reanim. RN: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Vitamina K <input type="checkbox"/> Profilaxis Ocular <input type="checkbox"/> Ctri. Puerperio Inmediato <input type="checkbox"/>	
Egreso RN Fecha: ____/____/____	
Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	Reingreso RN: Reingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dx Fallecim.: ____	Fecha: ____/____/____
Dx. Traslado.: ____	Diagnóst.: ____
Establ. Trasl.: ____	Fecha egreso: ____/____/____
Alimento Al Alta: LME <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/> Multi <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
CUI <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/>	Dx Fallecim.: ____
Dx. Traslado.: ____	Dx. Traslado.: ____
Establ. Trasl.: ____	Establ. Trasl.: ____
Tamizaje Neonatal	
TSH: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fibrosis Quística: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fenilceto nuria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hiperglicemia Suprarrenal: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Egreso Materno Fecha: ____/____/____	
Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	Reingreso Materno: Reingreso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dx. Fallecim.: ____	Fecha: ____/____/____
Dx. Traslado.: ____	Diagnóst.: ____
Establ. Trasl.: ____	Fecha egreso: ____/____/____
Anticonceptivos: Abstinencia <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/>	Egreso: Sano <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Con Patología <input type="checkbox"/> Fallece <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
Ligadura Tubaria <input type="checkbox"/> MELA <input type="checkbox"/>	Dx Fallecim.: ____
Anticoncep. continuada <input type="checkbox"/> Solo OviConcep. <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	Dx. Traslado.: ____
Progestín Inyectables <input type="checkbox"/> Progestín Orales <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Establ. Trasl.: ____
Fecha: ____/____/____	Control RN: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ANEXO 3

INFORME GRAFICO DEL TEST NO ESTRESANTE CON DISTOCIA
FUNICULAR

Atypical variable decelerations



Kim Hinshaw Aarti Ulal, Peripartum and Intrapartum assessment of the fetus, Anaesthesia and Intensive Care Medicine 5:6;2007

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: Pineda Espino Midua Luisa

DNI: 42702144

Fecha de nacimiento: 22 Agosto 1984

ESTUDIOS:

Primaria: I.E.P. 22533 Antonia Moreno De Cáceres. Ica

Secundaria: I.E. Antonia Moreno De Cáceres. Ica

Superior: Universidad Particular Abraham Valdelomar. Ica, 2002 – 2009.

Segunda especialidad: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. 2014- 2016.

GRADOS Y TÍTULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia. Universidad Privada Abraham Valdelomar
Año 2009.

Título de Lic. en Obstetricia Universidad Privada Abraham Valdelomar
Año 2009.

OTROS ESTUDIOS:

.....

.....

CENTRO/S LABORAL/ES ACTUAL/ES – CARGO/S:

Puesto de Salud Pasaje Tinguña Valle Cargo Obstetra –Av. Perú Ñ-19 Distrito
Parcona. Provincia Ica.

Ica del 2016