

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”**

**ESCUELA DE POST GRADO**

**FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE  
ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION  
HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD. ENERO-DICIEMBRE 2016.**

**TESISTA: LAUREEN ALICIA VELA VACALLA**

**ASESORA: Mg. JESSYE MIRTHA RAMOS GARCIA**

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

**IQUITOS – PERÚ**

**2 017**

**TITULO:**

**RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE  
ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION HOSPITAL  
III IQUITOS – ESSALUD. ENERO-DICIEMBRE 2016**

## **DEDICATORIA**

A mis queridos Hijos Diego, Jimena, Letizia y Santiago que son mi motor y motivo para seguir adelante cada día esforzándome para servir con capacidad y conocimiento a todas mis pacientes.

A mi esposo José por su gran comprensión, incondicional apoyo y motivación que permitieron reforzar mis conocimientos en beneficio de las gestantes y el niño por nacer.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por sembrar en mí el deseo de superación.

A mi familia por ser lo más importante en mi vida personal y profesional.

A mis docentes por compartir sus conocimientos.

## INDICE

TITULO:.....	II
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
INDICE .....	V
RESUMEN .....	VII
SUMARY .....	X
INTRODUCCIÓN .....	XII
CAPITULO I .....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
1.1.  Fundamentación del problema de investigación .....	14
1.2.  Formulación del problema de investigación .....	15
1.2.1.  Problema General .....	15
1.2.2.  Problemas específicos:.....	16
1.3.  Objetivos .....	16
1.3.1.  Objetivo General .....	16
1.3.2.  Objetivos Específicos.....	17
1.4.  Justificación e importancia.....	17
1.5.  Limitaciones .....	18
CAPITULO II .....	19
MARCO TEORICO .....	19
2.1.  Antecedentes.....	19
2.1.1.  Antecedentes Internacionales .....	19
2.1.2.  Antecedentes nacionales .....	22
2.1.3.  Antecedentes locales .....	26
2.2.  Bases teóricas .....	26
2.2.1.  TEST ESTRESANTE.....	26
2.2.2.  Resultados cardiotocográficos: .....	29
2.2.3.  Gestación en vías de prolongación: .....	34
2.3.  DEFINICIONES DE TERMINOS BASICOS.....	35
CAPITULO III.....	37
ASPECTOS OPERACIONALES.....	37
3.1.  Hipótesis:.....	37
3.1.1.  Hipótesis de Investigación ( $H_1$ ) .....	37
3.1.2.  Hipótesis Nula ( $H_0$ ). .....	37
3.2.  Sistema de Variables Dimensiones e indicadores .....	37

3.2.1. Variables 1.....	37
3.2.2. Variable 2 .....	38
3.2.3. Variables de interés.....	38
CAPITULO IV .....	39
MARCO METODOLOGICO.....	39
4.1. Dimensión Espacial y Temporal .....	39
4.2. Tipo de Investigación .....	39
4.3. Diseño de Investigación .....	39
4.4. Determinación del Universo/Población y Muestra .....	40
4.4. Selección de la Muestra .....	40
4.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	41
4.6. Técnica de Procesamiento, Análisis de datos y Presentación de datos.....	41
CAPITULO V.....	43
RESULTADOS .....	43
CONCLUSIONES .....	67
RECOMENDACIONES.....	69
BIBLIOGRAFIA .....	70
ANEXOS .....	74
ANEXO N° 1 .....	75
ANEXO N° 2.....	77
ANEXO N° 3.....	79
ANEXO N° 4.....	80
ANEXO N° 5.....	81
ANEXO N° 6.....	82
ANEXO N° 7.....	83
ANEXO N° 8.....	84
ANEXO N° 9.....	85
ANEXO N° 10.....	86
ANEXO N° 11.....	87
ANEXO N° 12.....	88
ANEXO N° 13.....	89
ANEXO N° 14.....	90

## RESUMEN

Conocer los resultados cardiotocográficos del test estresante asociados con embarazo en vías de prolongación, siempre ha sido una de las inquietudes de mi formación como especialista en monitoreo obstétrico por lo tanto se desarrolló un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La población estuvo conformada por gestantes con embarazo en vías de prolongación sometidas a prueba cardiotocográfica de test estresante en el Hospital III Iquitos, durante el periodo enero – diciembre del 2016. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y el tamaño de la muestra estuvo conformada por 28 pacientes con embarazo en vías de prolongación sometidas a prueba cardiotocográfica de test estresante; en los que se tuvieron los siguientes resultados: Con respecto a la edad de las mujeres gestantes, tenemos que la edad promedio es de 28.6 años de edad. La edad gestacional, el 71.4% (20 casos) tuvieron 42 semanas de gestación. Para el tipo de paridad de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 39.3% (11 casos) fueron primíparas. El control pre natal de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 60.7% (17 casos) tuvieron <6 CPN. Con respecto a la línea base, tenemos que, el 64.3% (18 casos) tuvieron 140. La variabilidad de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 35.7% (10 casos) tuvieron una variabilidad de 5. En relación a la aceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 100.0% (28 casos) si tuvieron aceleraciones. La desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que el 78.6% (22 casos) tuvieron desaceleración ausente. El número de desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 75.0% (21 casos) tuvieron 0 números de desaceleraciones. Con respecto a

las contracciones uterinas de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 78.6% (22 casos) tuvieron 3 en 10 contracciones uterinas. Con respecto a los resultados del test estresante de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 64.3% (18 casos) tuvieron resultados negativos. El sexo del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que el 57.1% (16 casos) fueron del sexo masculino. El peso del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el peso promedio fue de 3200 gr. La talla del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que la talla promedio fue de 48.75 cm. Con respecto a la edad gestacional por capurro del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 75.0% (21 casos) tuvieron una edad gestacional por capurro de 40 ss. Los resultados del Apgar a 1 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 57.1% (16 casos) tuvieron un resultado de 9. Respecto a los resultados del Apgar a 5 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 64.3% (18 casos) tuvieron un resultado de 10. Respecto al tipo de parto de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 75.0% (21 casos) tuvieron parto vaginal. Con respecto al líquido amniótico de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 89.3% (25 casos) tuvieron líquido amniótico verde claro. La presencia de circular de cordón, tenemos que, el 71.4% (20 casos) no tuvieron presencia de circular cordón en el neonato. La morbilidad de los recién nacidos, tenemos que, el 85.7% (24 casos) no presentaron morbilidad.

Actualmente el embarazo prolongado contribuye al aumento de la morbimortalidad perinatal, asimismo el presente estudio resulta viable ya que se tuvo acceso a la información necesaria para la elaboración de la investigación, las cuales se encontraron registradas en las historias clínicas de las gestantes



con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos-EsSalud.

Palabras claves: Embarazo prolongado, resultados cardiotocográficos.

## SUMARY

Know the results cardiotocograficos of the stressful test associated with pregnancy in developing extension, always has been one of the concerns of my training as a specialist in obstetric monitoring therefore developed a observational, descriptive, retrospective study of cross section. The population was formed by pregnant women with pregnancy developing extension tested cardiotocografica of stressful test in the Hospital III Iquitos during the period January - December 2016. The type of sampling was probabilistic, for convenience and the size of the sample was formed by 28 pacientes with pregnancy tested extension developing stressful test cardiotocografica; where had the following results: with regarding the age of pregnant women have is the average age of 28.6 years old. Lto gestational age, the 71.4% (20 cases) had 42 weeks of gestation. For the type of pregnant women in extension via parity, we have that the 39.3% (11 cases) were Primiparous. Control pregnant women in extension via pre natal, have that 60.7% (17 cases) had < 6 NPC. With respect to the baseline, we must, the 64.3% (18 cases) had 140. Lvariability of pregnant women in via extension, we have that the 35.7% (10 cases) had a range of 5. In relationship to the acceleration pregnant women in via extension, we have that the 100.0% (28 cases) if had accelerations. Pregnant women in extension via slowdown, we have that the 78.6% (22 cases) were absent slowdown. The number of pregnant women in extension via slowdown, we have that the 75.0% (21 cases) had 0 decelerations numbers. With respect to uterine contractions in pregnant women in via extension, we have that the 78.6% (22 cases) had 3 in 10 uterine contractions. With regard to the results of pregnant women in extension via stressful test, have that the 64.3% (18 cases) had negative results. The sex of the newborn extension via pregnant women, we have that the 57.1% (16

cases) were male. The weight of the newborn baby of pregnant women in via extension, we have that, the average weight was 3200 gr. The size of the newborn extension via pregnant women, we have that the average size was of 48.75 cm. With respect to gestational age by capurro of the newborn extension via pregnant women, we have that the 75.0% (21 cases) had a gestational age by capurro of 40 SS. LI results of the Apgar score at 1 min of the newborn extension via pregnant women, we have that the 57.1% (16 cases) were a result of 9. Rspectrum to the results of a 5 minute Apgar of the newborn extension via pregnant women, we have that the 64.3% (18 cases) had a score of 10. Rspectrum to the type of delivery of pregnant women in via extension, we have that the 75.0% (21 cases) had vaginal birth. With regarding the amniotic fluid of pregnant women in via extension, we have that the 89.3% (25 cases) had light green amniotic fluid. Lpresence of circular lace, we have that the 71.4% (20 cases) had no presence of circular cord in the neonate. Lmorbidity of the newborns, have that 85.7% (24 cases) did not present morbidity.

Currently post-term pregnancy contributes to the increase in perinatal morbidity and mortality, also e l this study is viable because it had access to the necessary information for the elaboration of the research, which were registered in the medical records of pregnant with pregnancy developing extension served in the III Iquitos-EsSalud Hospital.

Key words: prolonged pregnancy, results cardiotocograficos.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en vías de prolongación es una condición clínica que causa importantes compromisos maternos y fetales, por lo que se considera un embarazo de alto riesgo.<sup>(1)</sup> Esta patología complica la gestación debido a la senescencia placentaria y la disminución del área placentaria asociada a infartos; lo cual incrementa, en los fetos, el peligro de hipoxia, la dificultad para regular su temperatura, complicaciones metabólicas, además de trauma obstétrico.<sup>(2)</sup>

A pesar de numerosas investigaciones la etiología del embarazo en vías de prolongación permanece desconocida. La causa más frecuente probablemente se relaciona con un error en el cálculo de la fecha de amenorrea.<sup>(3)</sup> Los factores de riesgo identificables son la primigravidez, antecedente de EP previo, sexo fetal masculino y una predisposición genética. Otros factores mencionados son la insuficiencia suprarrenohipofisiaria fetal, deficiencia de sulfatasa placentaria, anencefalia fetal y sobrepeso materno antes y durante la gestación.<sup>(4, 5)</sup>

Por su parte, la evaluación de la condición fetal anteparto ha favorecido la detección de problemas en el feto antes de ser expuesto al trabajo de parto y por ende a la caída de oxígeno producida por las contracciones uterinas, disminuyendo así la morbimortalidad fetal.<sup>(6, 7, 8)</sup> El test Estresante o prueba de la tolerancia a las contracciones uterinas es un método de evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, basado en el estudio de las características de la frecuencia cardíaca fetal en relación con las contracciones uterinas y concretamente en la presencia de Dips o deceleraciones tipo II o tardías.<sup>(9)</sup>

Debido a que el monitoreo electrónico fetal es una técnica cardiotocográfica que proporciona una valoración de la fisiología feto placentaria y teniendo en

cuenta que los embarazos en vías de prolongación están asociados ocasionalmente a complicaciones perinatales, es importante conocer los resultados cardiotocográficos del test estresante en gestantes con embarazo en vías de prolongación. Asimismo no se tiene un consenso claro sobre el papel del test estresante en esta patología, ya que algunas investigaciones refieren que la valoración diagnóstica no ha coincidido con los resultados perinatales, ya que se ha observado falsos positivos que incrementan el número de cesáreas innecesarias y en otros casos se mostraron diagnósticos normales de monitoreo con resultados alterados.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Fundamentación del problema de investigación

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) define embarazo prolongado (EP) aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea completa ó 294 días del último periodo menstrual.<sup>(10, 11)</sup> Actualmente el embarazo prolongado contribuye al aumento de la morbilidad perinatal, su frecuencia reportada es aproximadamente 7%.<sup>(12)</sup> Investigaciones internacionales señalan que los partos, después de las dos semanas de la fecha probable, ocurrieron en algunos países en el 5 y 10%, mientras que en otros países se reporta hasta en un 14%; este amplio rango de variación se debe especialmente a los criterios y metodología utilizadas para el diagnóstico de la edad gestacional, siendo el causante del 20% al 40% de las muertes perinatales.<sup>(13, 14)</sup> En nuestro país, el embarazo prolongado, tiene una incidencia entre el 5 a 8%, el cual ha sido considerado de alto riesgo por condicionar una mayor morbilidad perinatal, causando en la actualidad el 32% de las muertes neonatales durante el primer día de vida, siendo la principal causa las asfixias durante el nacimiento en un 16%.<sup>(15)</sup> El riesgo de mortalidad fetal aumenta 2,5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas y se duplica a las 43 semanas.<sup>(16, 17, 18)</sup>

Los principales cambios en el embarazo en vías de prolongación se relacionan con el feto, la placenta y el líquido amniótico. La causa fundamental del alto riesgo es la hipoxia relacionada con la insuficiencia

placentaria. Generalmente se asocia con macrosomía fetal, oligoamnios y síndrome de aspiración de meconio.<sup>(19, 20)</sup> La presencia de estos cambios fisiopatológicos en el EP suelen producir alteraciones importantes en la frecuencia y patrón de los latidos cardiacos fetales.<sup>(21)</sup> Actualmente, las pruebas de monitorización electrónica fetal (MEF) y su apropiada interpretación, pueden ser determinantes confiables de bienestar fetal; dependiendo de las circunstancias, pueden dar una idea sobre los resultados cardiotocográficos en la prolongación del embarazo. Considerando que el MEF proporciona una técnica de valoración de la fisiología feto-placentaria y que además, en el EP se producen una serie de modificaciones inicialmente fisiológicas que ocasionalmente pueden llegar a comprometer el bienestar fetal, es importante conocer los resultados cardiotocográficos del test estresante en gestantes con embarazo en vías de prolongación.

## **1.2. Formulación del problema de investigación**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuáles son los resultados cardiotocográficos del test estresante asociados con embarazo en vías de prolongación, en el Hospital III Iquitos – EsSalud, enero a diciembre del 2016?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuál es la edad gestacional promedio de las mujeres con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Enero – Diciembre 2016?
- ¿Cuál es la edad reproductiva de la gestante con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Enero – Diciembre 2016?
- ¿Cuáles son las características del test estresante de la gestante con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Enero – Diciembre 2016?
- ¿Cuál de los tipos de resultados cardiotocográficos del test estresante están relacionados con embarazos en vías de prolongación, en gestantes atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Enero – Diciembre 2016?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Conocer los resultados cardiotocográficos del test estresante asociados al embarazo en vías de prolongación en el Hospital III Iquitos – EsSalud, Enero – diciembre 2016



### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la edad gestacional promedio de las mujeres con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud enero – diciembre 2016
- Identificar la edad reproductiva de las mujeres con embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud enero – diciembre 2016
- Determinar las características del test estresante en mujeres con embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud enero– diciembre 2016
- Determinar los tipos de resultados cardiotocográficos del test estresante están relacionados con embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud enero – diciembre 2016.

### **1.4. Justificación e importancia**

La prolongación del embarazo constituye una patología obstétrica que genera impacto en la morbilidad perinatal y materna. Existe un aumento en la incidencia de insuficiencia útero-placentaria con reducida función respiratoria y nutritiva, oligoamnios que facilita la compresión del cordón umbilical, sufrimiento fetal en el trabajo de parto con predisposición del neonato a síndrome de aspiración de meconio y posmadurez en un 30 a 40%.<sup>(22, 23)</sup>

El objetivo de la presente investigación fue describir los resultados cardiotocográficos del test estresante en gestantes con embarazo en vías de prolongación, ya que el monitoreo electrónico fetal es un estudio biofísico y

permite la evaluación de la condición fetal anteparto, resultados que favorecerían la detección de problemas en el feto antes de ser expuesto al trabajo de parto, asimismo le permitirá al profesional de la salud encargado de la atención del parto elegir el momento más adecuado para la interrupción del embarazo y la vía a tomar para evitar o disminuir la morbimortalidad fetal en el embarazo en vías de prolongación.

### **1.5. Limitaciones**

Dada las particularidades del problema evaluado, las limitaciones más relevantes giraron en torno al inadecuado registro de las historias clínicas de las gestantes con embarazo en vías de prolongación, lo cual fue subsanado mediante el cumplimiento riguroso de los criterios de inclusión y exclusión.

Asimismo, existieron ciertas limitaciones con respecto a la limitada bibliografía a nivel local sobre el tema que sirvan como antecedentes; sin embargo, esto impulsa y justifica la realización del presente estudio, que además se ha considerado como un aporte al conocimiento científico.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Balestena S J y Gonzales LL.(39).** Realizaron una investigación en el Hospital General Docente “Abel Santamaría” de Pinar del Rio en el segundo semestre del 2013 sobre el Comportamiento del embarazo posttermino y su asociación con diferentes factores maternos., el universo estuvo formado por la totalidad de gestantes que ingresaron en el periodo antes mencionados, muestras que la muestra se formó con todas las pacientes con embarazo prolongado (grupo de estudio) y el grupo control integrado por gestantes con embarazo a término para el análisis estadístico de los resultados se empleó el porcentaje, la media y la desviación estándar, además del chi cuadrado con nivel de confianza del 95% para probar asociación, también se empleó la razón de productos cruzados. Resultados se obtuvo que el embarazo prolongado o post término tuvo una incidencia de 1.82% con una tasa de 18.2 x 1000 nacidos vivos; este tipo de gestación se asoció a la adolescencia y el oligoamnio como enfermedad propia de la gestación. Sin embargo no se relacionó con la paridad y las enfermedades asociadas al embarazo. En conclusión el embarazo prolongado es una entidad que se debe tener en cuenta para la aparición de eventos adversos durante la gestación.

**Castillo, F, Navas, N. (38).** Realizaron un estudio prospectivo descriptivo, con sobre el comportamiento del perfil biofísico fetal en el embarazo post termino en el Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente “Ana Betancourt de Mora de Camaguey julio a diciembre 2004 se encuestaron a 370 gestantes con embarazo mayor de 42 semanas o más de 294 días a partir del primer día de la última menstruación lo que se confirmó a través del tacto vaginal y ultrasonido en la primera consulta la edad media de las gestantes portadoras de embarazo post termino fue de 25, predominaron las pacientes que no tenían experiencia de partos. Se evaluó el estado de bienestar fetal donde el perfil biofísico resulto sospechoso y /o patológico en 45 gestantes. Las variables de mayores incidencia negativas fueron : Los movimientos respiratorios fetales, la reactividad cardiaca fetal(medida por cardiotocografía externa simple) y el índice de líquido amniótico (que es la suma de los bolsones que lo contienen), mostraron valores críticos 63 perfiles (18,6%) y moderados 33(9,7%). Se comprobó que el volumen de líquido amniótico fue inversamente proporcional al grado de madurez placentario, y que el perfil biofísico fetal es un medio eficaz en el seguimiento de embarazo pos término.

**Carrasco, D., Valladares, C.** realizaron en el año 2006 un estudio en Honduras, titulado “Valor predictivo del monitoreo fetal en el embarazo en vías de prolongación y prolongado” con el objetivo de determinar el valor predictivo del monitoreo fetal ante parto en el embarazo en vías de prolongación y prolongado. Estudio descriptivo, donde se evaluó la totalidad de pacientes ingresadas por la Emergencia de Ginecología y

Obstetricia con el diagnóstico de embarazo en vías de prolongación y prolongado. El total de las pacientes estudiadas fue 496 pacientes donde se encontró que la edad gestacional que más prevaleció fue 42 a 42,6 semanas (47%), además la hipo motilidad fetal fue la indicación más frecuente para realizar monitoreo fetal. La vía de parto más frecuente fue vaginal (78%), mientras que todas las pacientes con resultado positivo y dudoso se les practicaron cesárea. Las pacientes con resultado positiva tuvieron APGAR menor de 7 (20%) y APGAR mayor de 7 (80%). Respecto a la mortalidad perinatal con resultado positiva en 48 casos (25%), de los cuales con mortalidad perinatal solo se registró un caso (2%). El test estresante resultó poco sensible (29,4%). A pesar de estos resultados, el monitoreo fetal electrónico sigue siendo una herramienta útil para la toma de decisiones e identificación de los fetos con probable hipoxia en pacientes de alto riesgo.<sup>(24)</sup>

**Claudino, C., Valladares, C.** elaboraron en el 2001 una investigación en Honduras, titulada “Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal preparto en el embarazo cronológicamente prolongado en el Hospital Materno Infantil, Honduras” con la finalidad de estimar la veracidad diagnóstica del Monitoreo Electrónico Fetal Preparto en embarazo cronológicamente prolongado. Durante el periodo de estudio se hospitalizaron 174 embarazos prolongados (> 42 semanas). Para la Prueba con estrés (OCT/CST) el VPP osciló entre 0 y 22%, el VPN entre 76 y 96%, la sensibilidad entre 0 y 22% y la especificidad fue del 76%. Se reevaluaron 40 trazados que fallaron en su predicción encontrando que las pruebas bajo estrés en su mayoría fueron mal interpretadas y no

se consideró la variabilidad saltatoria de la frecuencia cardiaca fetal, lo cual podría mejorar la sensibilidad de la prueba. Se concluye que no se encontró evidencia que el monitoreo anormal pueda predecir un resultado desfavorable para el recién nacido.<sup>(13)</sup>

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Cuenca, E.** publicó en el año 2015 una tesis en Lima, titulada “Relación entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima 2014” con el propósito de determinar la relación entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación. Estudio de tipo observacional, diseño analítico y de corte transversal, en el cual se incluyeron los test estresantes y los resultados perinatales de 90 gestantes con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación. La mayoría de gestantes tuvieron entre 20 a 34 años (83,3%) y fueron primigestas (60%). Respecto a los hallazgos cardiotocográficos se encontró que en la mayoría de pacientes la línea de base de la FCF fue normal (98,9%), variabilidad moderada (85,6%), desaceleraciones variables (11,1%) y patrón normal (35,6%). En relación a los resultados perinatales, en la mayoría de pacientes el volumen del líquido amniótico fue normal (75,6%), sexo femenino (52,2%), peso adecuado para la EG (84,4%), Apgar al minuto  $\geq 7$  puntos (95,6%) y según Capurro solo el 20% tuvo una edad gestacional  $\geq 41$  semanas. Además, el 57,7% de los embarazos culminaron en cesárea. Entre los hallazgos placentarios se observaron calcificaciones en el 11,1%. Se concluye que existe relación entre los resultados del test estresante con patrón normal

y los hallazgos no patológicos de la placenta ( $p=0,02$ ) y entre resultados del test estresante con patrón de estrés fetal y el puntaje Apgar al minuto de 4 a 6 ( $p=0,04$ ).<sup>(2)</sup>

**Galarza, C.** en el 2011 presentó una tesis en Lima, titulada “Hallazgos cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 2009 – 2010” con el objetivo de describir los principales hallazgos cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal donde se incluyó 103 gestantes con embarazo prolongado que acudieron a la Unidad de Medicina Fetal del INMP. El 79,6% de las gestantes tuvieron entre 20 a 35 años y 41,7% fueron nulíparas. El 85,4% de las gestantes tuvieron CST (Test Estresante). Los resultados cardiotocográficos fueron: 97,1% del total de las líneas de base de la frecuencia cardíaca fetal se encontró entre 120 - 160 lat/min, el 56,3% tuvieron variabilidad entre 5 a 9 lat/min, el 70,9% tenían aceleraciones presentes y sólo el 20,4% presentó desaceleraciones, siendo más frecuentes las variables y espigas. Los resultados neonatales fueron: líquido amniótico claro (73,8%), cantidad de líquido normal (87,4%) peso del recién nacido adecuado para la EG (70,9%) y Apgar mayor a 7 al 1 min y a los 5 min (98,1%). Sólo 1,9% de los casos tenían 42 semanas. Se concluye que la mayoría de los embarazos prolongados tuvieron resultados cardiotocográficos dentro de parámetros normales.<sup>(25)</sup>

**Chavarry, F., et al.** en el 2009 elaboraron un estudio en Lima, titulado “Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general” con

la finalidad de determinar las características maternas y perinatales de las pacientes con diagnóstico de embarazo prolongado (EP) en un hospital general. Estudio retrospectivo tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se incluyeron 341 pacientes con diagnóstico de EP (>42 semanas) basado en la fecha de último periodo menstrual o ecografía del primer trimestre. El 76% de pacientes tenían una edad entre 20 a 35 años con una media de 25,8 años, además el 47,5% eran nulíparas. El 71,3% había ya iniciado una labor de parto espontánea; 16,4% fueron inducidas y 12,3% tuvieron indicación de cesárea al ingreso. Del grupo con inicio de trabajo de parto espontáneo la mayoría terminó en parto vaginal (71,6%) mientras en las inducciones el porcentaje de parto vaginal fue 71,4%. Respecto a los resultados neonatales, el 85,9% fue adecuado para EG, 11,1% grande para la EG y 3% pequeño para la EG. El 53,4% de RN tuvo de 37 a 41 semanas por Capurro y 45,7% fueron >42 semanas. El Apgar a los 5 minutos fue de 7 a 10 en 333 casos, < 7 en 4 RN. Ocurrieron 4 óbitos fetales (1,1%). El EP se encontró en mayor frecuencia en pacientes adultas y nulíparas, el inicio del trabajo de parto espontáneo y la vía de parto vaginal fueron las más frecuentes. Las complicaciones fueron bajas en los RN vivos, sin embargo la tasa de mortalidad fetal fue elevada 11 por mil.<sup>(26)</sup>

**Yaranga Abreu, Juan de Dios. (37)** Lima .2006. Realizo el estudio titulado: "Resultados perinatales en el embarazo prolongado con evidencia ultrasonográficos del calcificaciones placentarias y oligohidramnios", siendo el objetivo del estudio determinar las principales diferencias en los resultados perinatales entre gestantes con embarazo



prolongado y evidencia ultrasonográficas de calcificaciones placentarias y oligohidramnios en comparación en gestantes con embarazos prolongados sin evidencias ultrasonográficas de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. Llego a los siguientes resultados, la incidencia de embarazo prolongado fue 0.73%. El 41.7% de gestantes con embarazo prolongado tuvo evidencia ultrasonográfica de calcificaciones placentarias y oligohidramnios. EL 38.3% presento resultados perinatales adversos (OR 4,58; 95% IC 2,74 – 7,65).

**Bustinza Bravo Maryli. (40).** Resultados del test estresante en relacional score de apgar en gestaciones de 41 semanas a mas. Unidad de embarazo patológico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2014 - 2015. Estudio de tipo observacional con diseño descriptivo correlacional retrospectivo y de corte transversal, en el que se tuvo como muestra a 374 gestantes de 41 semanas a mas que se han realizado el test estresante y que cumplían con el criterio de selección. En cuanto análisis de los datos, para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión(desviación estándar) y para las variables cualitativas (nominal) se estimaron frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). La relación de los resultados del test estresante y el score de Apgar (Análisis inferencial) se realizo a través de la prueba chi cuadrado ( $p < 0.05$ , significativo). Resultados las gestantes de 41 semanas a mas tienen una edad promedio de 26 años eran convivientes (62%) y con grado de instrucción secundaria (65.2%) los resultados del test estresante fueron línea de base 110-160 lpm (93.6%), variabilidad de 6 – 25 lpm (80.2), aceleraciones presentes

(87.2%) desaceleraciones variables (11.5%) y contracciones regulares (88.2%), cuya conclusión fue en su mayoría negativo (97.7%) en conclusión existe relación entre los resultados del tests estresante y el Score de Apgar a los 5 minutos en gestaciones de 41 semanas a mas atendidas en la unidad de embarazo patológico del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante los años 2014 – 2015.

### **2.1.3. Antecedentes locales**

No se encontraron publicadas investigaciones sobre el test estresante en gestantes con embarazo en vías de prolongación en la ciudad de Iquitos y en ningún Hospital de la región Loreto.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. TEST ESTRESANTE**

El test estresante fetal o prueba de tolerancia a las contracciones o prueba de oxitócina, tiene como objetivo fundamental, la evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, observando las contracciones uterinas de características similares a las de un parto normal producen o no Dips o deceleraciones de la FCF de tipo II.<sup>(27)</sup>

La prueba de la tolerancia fetal a las contracciones uterinas se fundamenta en dos pilares primordiales de la fisiología obstétrica, descritos por la escuela uruguay de Caldeyro Barcia y Pose:

- a) Estasis del espacio intervelloso, producido por la contracción uterina al interrumpirse totalmente la circulación en el espacio

interveloso (EIV), siendo más duradera la interrupción correspondiente al lecho venoso. Como consecuencia de esta interrupción de la circulación en el EIV, se produce un descenso fisiológico de la  $PO_2$  fetal.

- b) Nivel crítico de oxígeno fetal y reserva respiratoria. El nivel de la  $PO_2$  de un feto debe ser normal, alrededor de 24 mmHg, para que la reducción del flujo uteroplacentario que se produce en el momento de la contracción uterina no lo disminuya hasta el nivel crítico de 18 mmHg, que es el nivel por debajo del cual empiezan a aparecer en el registro de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) unos descensos transitorios llamados Dips II o tardíos.<sup>(27)</sup>

La reserva respiratoria fetal de oxígeno es la diferencia entre la  $PO_2$  fetal en situación normal y el nivel crítico de 18 mmHg, por debajo del cual el miocardio fetal entraría en hipoxia. Cuando el feto está en hipoxia, es decir, cuando el nivel de la  $PO_2$  está por debajo del nivel crítico de 18 mmHg, el miocardio fetal entra en hipoxia y el corazón, en un intento de ahorrar oxígeno, produce una acción vagal como consecuencia de la estimulación del sistema nervioso parasimpático, a consecuencia de la cual se produce un descenso transitorio y tardío de la FCF, llamado Dips II.

### **Valoración**

- Prueba positiva o patológica. Aquella en la que aparecen en forma persistente deceleraciones tardías de la FCF con la mayoría de las contracciones uterinas, incluso si la frecuencia es menor de tres en diez minutos. Usualmente, pero no necesariamente, está asociada con una variabilidad de la FCF escasa y con ausencia de ascensos de la FCF con los movimientos fetales.
- *Prueba negativa o normal.* Aquella en la que no aparecen deceleraciones tardías de la FCF con las contracciones uterinas. Mayormente se asocia con una buena variabilidad de la FCF y con presencia de ascensos de la FCF con los movimientos fetales. La conducta a seguir, es realizar los controles habituales según tipo de patología y en caso sea necesario, repetir la prueba.
- *Prueba no concluyente:* se debe repetir la prueba en 24 h o se utilizaran otras pruebas de bienestar fetal para valorar el estado del feto, entre estas tenemos:
- *Prueba sospechosa.* Aquella en la que aparecen algunas deceleraciones tardías de la FCF, pero no con todas las contracciones uterinas o presencia de desaceleraciones variables significativas. La variabilidad de la FCF es normal o está disminuida y los ascensos de la FCF con los movimientos fetales pueden estar presentes.

- *Prueba con hiperestimulación uterina (hiperdinamia)*. Aquella en la que las contracciones uterinas se inducen con una frecuencia menor de dos minutos o una duración mayor de 90 segundos, o hay hipertono uterino. Si en este caso no hay deceleraciones tardías, la prueba es interpretada como negativa, pero si hay deceleraciones tardías, la prueba no es interpretable debido a que el estrés es considerado excesivo, incluso cuando la reserva uteroplacentaria es normal.
- *Prueba insatisfactoria*. Aquella en la que la calidad del registro no es suficiente para asegurar que no hay deceleraciones tardías, cuando la frecuencia de las contracciones uterinas es menor de tres en diez minutos, o cuando, tras dos horas de registro cardiotocográfico, no se han conseguido contracciones uterinas. Este resultado puede ser debido a diversas circunstancias como, por ejemplo, obesidad de la paciente, polihidramnios, excesivos movimientos maternos o fetales.<sup>(27,28)</sup>

### **2.2.2. Resultados cardiotocográficos:**

#### **Línea de base**

Probablemente, se trate del parámetro que tiene menor valor, a pesar de ser el primero que se utilizó en la auscultación clásica. La FCF debe medirse en la pausa exenta de estímulos, ya sean movimientos fetales (MF) o contracciones uterinas. La frecuencia cardiaca basal normal está entre 120 y 160 lat/min, y durante el trabajo de parto también se considera normal entre 110 y 150 lat/min.

La **taquicardia** basal se establece cuando la línea de base se halla por encima de 160 lat/min, la taquicardia leve entre 161 y 180 lat/min, y la taquicardia grave cuando es superior a 180 lat/min.

La **bradicardia fetal** se determina cuando la línea de base está por debajo de 120 lat/min, la bradicardia leve o moderada entre 100 y 119 lat/min, y la bradicardia grave cuando es inferior a 100 lat/min. Se considera bradicardia aguda cuando hay un descenso transitorio de la FCF de más de 15 latidos por debajo de la línea de base y con una duración superior a 2 minutos.<sup>(29)</sup>

### **Variabilidad**

La FCF es el resultado de mecanismos cardiostimuladores y cardioinhibidores, y su equilibrio establece la frecuencia cardiaca. Como resultado de ello, la FCF presenta oscilaciones o fluctuaciones latido a latido, conocidas con el nombre de variabilidad.

- La variabilidad de la FCF y sus alteraciones está recibiendo cada vez mayor reconocimiento como indicador de bienestar fetal. En el estudio de la variabilidad de la FCF es necesario prestar atención a dos elementos:
- La amplitud de las oscilaciones, llamada también variabilidad a corto plazo, que marca las diferencias latido a latido del corazón fetal. Se mide en lat/min desde los límites superior e inferior del registro de la FCF. Su valor normal es de 5-25 latidos de amplitud. Es el parámetro que más se valora en la práctica clínica.

- La frecuencia de las oscilaciones, llamada también variabilidad a largo plazo, que se mide en ciclos por minuto, contando las veces que la FCF cruza una línea imaginaria trazada por el centro de las oscilaciones durante un minuto. La frecuencia normal es de 3-5 ciclos por minuto.<sup>(29,30)</sup>

Se ha establecido una clasificación de la variabilidad de la FCF en función de la amplitud de las oscilaciones:

- **Tipo 0 o ritmo silente:** oscilación inferior a 5 latidos de amplitud. Se debe a cualquier causa capaz de producir depresión del sistema nervioso central del feto. Hay que descartar un periodo de reposo fetal, la acción de algún fármaco administrado a la madre o la prematuridad. Su persistencia es indicativa de hipoxia fetal.
- **Tipo I o ritmo ondulatorio bajo:** oscilación de 5-10 latidos de amplitud. Es un ritmo pre patológico aunque, en la actualidad, si es el único parámetro alterado, no se considera como tal. Es de buen pronóstico.
- **Tipo II o ritmo ondulatorio normal:** oscilación de 10-25 latidos de amplitud. Es de buen pronóstico.
- **Tipo III o ritmo saltatorio:** oscilación superior a 25 latidos de amplitud. Su hallazgo se relaciona, de manera habitual con compresiones del cordón umbilical. Es potencialmente peligroso. El aumento de la variabilidad constituye el signo más precoz de hipoxia fetal leve, por lo que se observa con frecuencia al inicio de las deceleraciones tardías.

Existe un patrón particularmente llamativo denominado trazado o patrón sinusoidal, que se caracteriza por la ausencia de amplitud de la FCF (<2 latidos de amplitud) y por la presencia de frecuencia (variabilidad a largo plazo). Este patrón fue encontrado en casos de isoimmunización Rh grave, hipoxia grave y fetos en fase pre mortem, y se asocia con elevadas tasas de mortalidad perinatal.<sup>(29)</sup>

### **Aceleraciones**

Clásicamente, se habla de aceleraciones al referirse a los aumentos de la FCF que se presentan asociados a las contracciones, y de ascensos cuando están relacionados con los movimiento fetales. Los ascensos o aceleraciones son aumentos transitorios de la FCF por encima de la línea de base con una amplitud de 15 latidos y una duración superior a 15 segundos. Su comienzo es variable, ya que, a menudo, precede o se produce coincidiendo con movimientos fetales. Los ascensos de la FCF pueden deberse al movimiento fetal, exploración vaginal, contracción uterina o palpación abdominal. Los ascensos se consideran de buen pronóstico, ya que ponen de manifiesto la capacidad fetal para adaptarse a un mayor consumo de oxígeno.<sup>(29)</sup>

### **Desaceleraciones**

Son enlentecimientos transitorios y periódicos de la FCF que tienen lugar, generalmente, en relación con la contracción uterina, aunque también pueden ser provocados por los movimientos fetales, las exploraciones vaginales, o incluso pueden presentarse de forma espontánea. Para que sea considerada como tal, la diferencia entre la FCF



basal y el momento en que la deceleración es máxima debe ser, por lo menos, de 15 lat/min. Indistintamente, se pueden denominar Dips o deceleraciones, si bien cuando aparecen de forma independiente a la contracción uterina se denominan descensos.<sup>(29)</sup>

### **Dinámica uterina**

#### **Duración:**

La contracción uterina tiene 2 fases: una fase ascendente, que es breve y de inicio brusco, y una fase descendente o de relajación, que, en un principio, desciende de forma rápida, aunque la disminución de la presión se realiza lentamente. La duración de la contracción se mide en segundos, desde el inicio de la contracción uterina hasta la relajación del útero, cuando la curva de la presión intrauterina alcanza la línea de base.

#### **Frecuencia:**

Se cuenta el número de contracciones en un periodo de 10 minutos. Se considera normal entre 2 y 5 contracciones cada 10 minutos, según el momento de parto en que se encuentre la mujer. Si en la fase de dilatación activa se contabilizan menos de 2 contracciones cada 10 minutos se habla de bradisistolia, y si son más de 5 contracciones cada 10 minutos de polisistolia o taquisistolia.

**Intensidad:** Presión entre el tono de base y el acmé de la contracción. Varía a lo largo del parto: 30-40 mmHg al inicio de parto hasta 60-70 mmHg al final. En el periodo expulsivo, la fuerza del pujo (valor medio de 50 mmHg) se suma a la de la contracción y se eleva la presión ejercida a 120 mmHg (valor medio). Si durante los diferentes estadios del parto la intensidad es

menor a la esperada se habla de hiposistolia, y si está aumentada de hipersistolia.

Estos tres últimos parámetros se pueden valorar conjuntamente, por lo que cuando la actividad uterina está aumentada se considera un patrón de hiperdinámica (hipertonía, polisistolia, hipersistolia), y cuando está disminuida, un patrón de hipodinámica (hipotonía, bradisistolia, hiposistolia).<sup>(29)</sup>

### **2.2.3. Gestación en vías de prolongación:**

La definición de gestación prolongada es la que dura más de 42 semanas (> 294 días), o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP). Esta definición está avalada por Organizaciones Internacionales como (OMS, FIGO, ACOG).<sup>(31,32)</sup> Algunas causas para el embarazo prolongado se describen a continuación:

- a) Causas endocrinas-paracrinas fetoplacentarias: la hipoplasia suprarrenal, hipofisaria y los bajos niveles estrogénicos fetales puede asociarse a gestación prolongada.<sup>(33)</sup>
- b) La predisposición genética (paterna y materna): descritas líneas familiares en (madres, hermanas) que pueden explicar determinados embarazos cronológicamente prolongados.<sup>(31)</sup>
- c) Mecanismo de desencadenamiento del parto. La reducción en la liberación de óxido nítrico por el cérvix puede retrasar el inicio del parto.<sup>(34)</sup>
- d) Otros factores implicados en la gestación prolongada son: raza blanca, obesidad e hipotiroidismo.<sup>(31)</sup>

### 2.3. DEFINICIONES DE TERMINOS BASICOS

**Deceleración precoz o Dip I:** Descenso de la FCF de más de 15-20 latidos de amplitud con un decalaje con el acmé de la contracción inferior a los 18 segundos. El patrón de la FCF refleja, casi como un espejo, la forma de la contracción uterina, ya que el inicio de la deceleración coincide con el de la contracción uterina, así como su final. Son uniformes unas con otras en forma, duración y amplitud. Aparecen de manera repetitiva y su morfología es en U o en V. La FCF no suele sobrepasar el límite inferior de los 100 lat/min.<sup>(29)</sup>

**Deceleraciones tardías o Dip II:** descenso de la FCF de más de 15-20 latidos de amplitud con un decalaje con el acmé de la contracción de 18-64 segundos. La FCF inicia su descenso cuando la contracción está en el acmé o en la fase descendente. Estas deceleraciones son uniformes, unas respecto a otras, en forma, duración y amplitud. Aparecen de manera repetitiva y su morfología es en U. Después de la deceleración, la FCF se recupera lentamente hasta llegar a la línea de base, y no van precedidas ni seguidas de aceleraciones.<sup>(29)</sup>

**Deceleraciones variables:** descenso de la FCF de más de 15-20 l/amplitud que no refleja la contracción uterina a la que va asociada y cuyo inicio es variable en relación con el inicio de ésta, siempre y cuando el decalaje sea inferior o igual a 18 segundos. No guardan relación morfológica entre ellas, pueden tener forma de W, U o V, y variar de una deceleración a otra. Se inician y retornan a la FCF de base de manera

brusca y tienen mayor amplitud y duración que las deceleraciones precoces y tardías.<sup>(29)</sup>

**Acme:** es el punto más alto de la curva de presión intramniótica durante la contracción. Periodo intercontráctil Espacio de tiempo que media entre el acmé de una contracción y la siguiente, o desde el inicio de una contracción y la siguiente.<sup>(29)</sup>

**Tono de base de la contracción:** presión más baja entre contracciones que corresponde a la presión del útero en reposo. El tono basal normal es de 8-12 mmHg. Si los valores son inferiores a 8 mmHg se habla de hipotonía, y si son superiores a 12 mmHg de hipertonía.<sup>(29)</sup>

## CAPITULO III

### ASPECTOS OPERACIONALES

#### 3.1. Hipótesis:

##### 3.1.1. Hipótesis de Investigación ( $H_1$ )

Existe asociación entre los resultados cardiotocográficos del test estresante y los embarazos en vías de prolongación, en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Iquitos de Enero a Diciembre 2016

##### 3.1.2. Hipótesis Nula ( $H_0$ ).

No existe asociación entre los resultados del monitoreo Cardiotocográfico y gestantes en vías de prolongación atendidas en el Hospital III EsSalud Iquitos de Enero a Diciembre 2016

#### 3.2. Sistema de Variables Dimensiones e indicadores

##### 3.2.1. Variables 1

Embarazos en vías de prolongación

- Línea de base
- Variabilidad.
- Aceleraciones.
- Desaceleraciones.
- Número de desaceleraciones.
- Movimientos fetales.
- Contracciones uterinas.
- Resultados cardiotocográficos: Positivo, Negativo, Sospechoso, Insatisfactorio

### **3.2.2. Variable 2**

Monitoreo cardiotocográficos del test estresante

### **3.2.3. Variables de interés**

#### **Características maternas**

- Edad materna.
- Edad gestacional.
- Paridad.
- Control prenatal.

#### **Hallazgos cardiotocográficos**

#### **Resultados perinatales**

- Sexo RN.
- Edad gestacional por Capurro.
- Peso.
- Apgar 1´
- Apgar 5´.

#### **Características del parto**

- Tipo de parto.
- Líquido amniótico.
- Presencia de circular de cordón.
- Comorbilidades.

## CAPITULO IV

### MARCO METODOLOGICO

#### 4.1. Dimensión Espacial y Temporal

El estudio se realizó en el Hospital III Es salud Iquitos, ubicado en la Av la Marina s/n distrito de Punchana departamento de Loreto, provincia de Maynas.

El tiempo de estudio fue de enero a diciembre del 2016.

#### 4.2. Tipo de Investigación

**Observacional:** no existe intervención directa entre el investigador y las variables de estudio, solamente se limita a observar el comportamiento de la unidad de estudio.

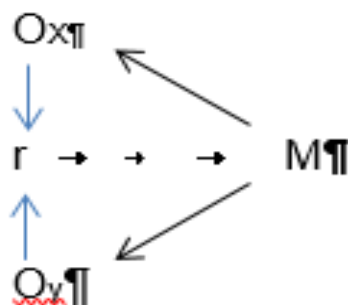
De acuerdo a la planificación de la recopilación de los datos es **retrospectivo**, la información de las pacientes se obtendrán de fuentes secundarias, recurriendo a las historias clínicas de las pacientes.

De acuerdo a las veces en que se mide la variable de estudio es **transversal**, solo se evaluaron las variables una vez durante el periodo de estudio.

De acuerdo al número de variables de interés fue analítico por que el análisis estadístico fue bivariado, por que se planteó y puso a prueba una hipótesis; y se estableció asociación entre ellas

#### 4.3. Diseño de Investigación

Relacional, de corte trasversal, bivariado con el siguiente esquema:



**LEYENDA: M= Muestra**

**Ox= Observación de la variable independiente.**

**Oy= Observación de la variable dependiente.**

**R = relación predictiva entre las variables**

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

##### **4.3.1. Universo**

Se consideraron a todas las gestantes que acudieron al Hospital III EsSalud – Iquitos para control pre natal durante el periodo enero – diciembre del 2016.

##### **4.3.2. Población**

La población muestral estuvo conformada por 28 pacientes con embarazo en vías de prolongación sometidas a prueba cardiotocográfica del test estresante en el Hospital III Iquitos durante el periodo enero – diciembre del 2016.

##### **4.3.3. Muestra**

Para la presente investigación se tomó el total de gestantes indicadas en la población en el Hospital III EsSalud Iquitos de enero – diciembre 2016.

#### **4.4. Selección de la Muestra**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, con criterios.



#### 4.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

##### 4.6.1 Las fuentes

Las fuentes fueron secundarias de las historias clínicas de gestantes con embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Essalud periodo de Enero – Diciembre 2016.

##### 4.6.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de los datos de investigación se utilizó la técnica del análisis documental para lo cual se elaboró el instrumento de la ficha de recolección datos, que sirvió para recopilar toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados, la misma que fue validada por la opinión de cinco jueces expertos en metodología de la investigación.

JUECES	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA	CALIFICACIÓN CUALITATIVA
Dr. Godoy Pérez Luis Gabriel	20	MUY BUENO
Dr. Marín García Jaime	20	MUY BUENO
Dr. Perea Morí Jorge Dante	20	MUY BUENO
Dra. Vásquez Chong Lucila Elvira	20	MUY BUENO
Dra. Vela Valles Doris	20	MUY BUENO
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>MUY BUENO</b>

#### 4.6. Técnica de Procesamiento, Análisis de datos y Presentación de datos.

Para la recolección de datos se solicitó el permiso al director del Hospital III Es salud Iquitos para proceder a ejecutar el proyecto en la institución. Posteriormente se solicitó el permiso a la base de datos del servicio de maternidad con los registros de pacientes que tuvieron el diagnóstico de

embarazo en vías de prolongación los cuales fueron recolectados en la ficha de datos.

Los registros de las gestantes fueron seleccionados según los criterios de inclusión y los resultados cardiotocográficos fueron evaluados según los parámetros de Fisher

Los datos recolectados se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS v.22 para su procesamiento y análisis de datos se utilizó la técnica de la estadística descriptiva e inferencial analítica del Chi cuadrado de Pearson se trabajó con un nivel de confianza de 95% y una significancia de p valor menor a 0,05 (5%) considerando valores menores a este como significativos

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - ft)^2}{ft}$$

## CAPITULO V

### RESULTADOS

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla 01.** Medidas de tendencia central de la edad de mujeres con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud de enero a diciembre 2016.

Hospital III Iquitos – EsSalud		enero - diciembre 2016
Edad de la gestante		
Media		28.64
Mediana		28.00
Moda		35
Mínimo		18
Máximo		42

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observan las medidas de tendencia central de 28 mujeres con embarazo en vías de prolongación, de los cuales el valor que se obtiene sumando las edades y dividiéndolos por el número total de mujeres gestantes es de 28.64 años de edad (media), el percentil 50 % de las edades es 28 años (mediana) y la edad más frecuente entre ellas es 35 años (moda). También la tabla muestra que la edad mínima es de 18 años y la máxima de 42 años.

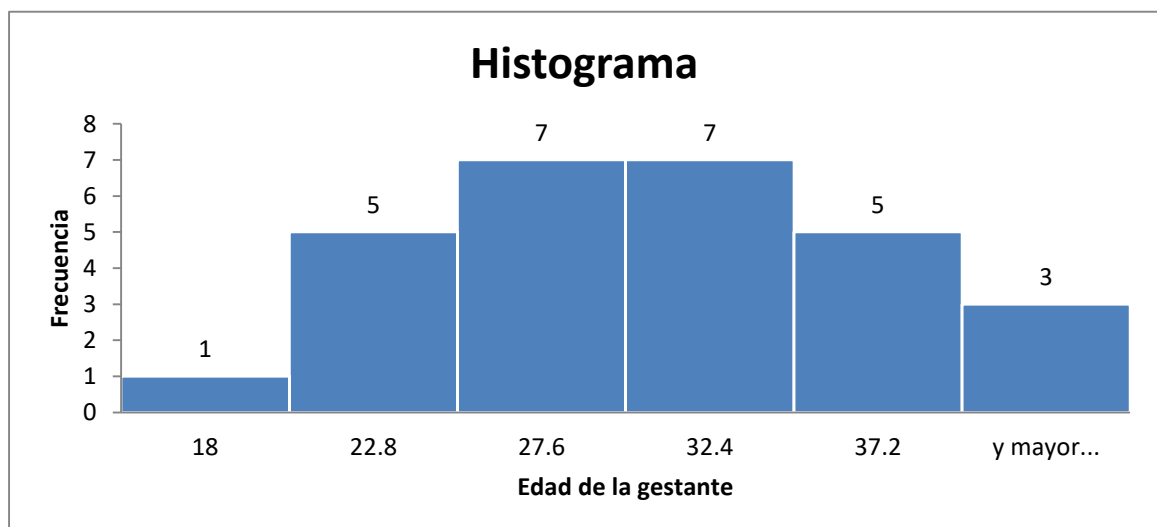


Figura 01. Edad reproductiva

Tabla 2: Edad gestacional de mujeres gestantes en vía de prolongación

Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Edad gestacional	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Vía de prolongación	20	71.4
Normal	8	28.6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observan la edad gestacional de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 71.4% (20 casos) estuvieron en vía de prolongación; y el 28.6% (8 casos) tuvieron una edad gestacional normal.

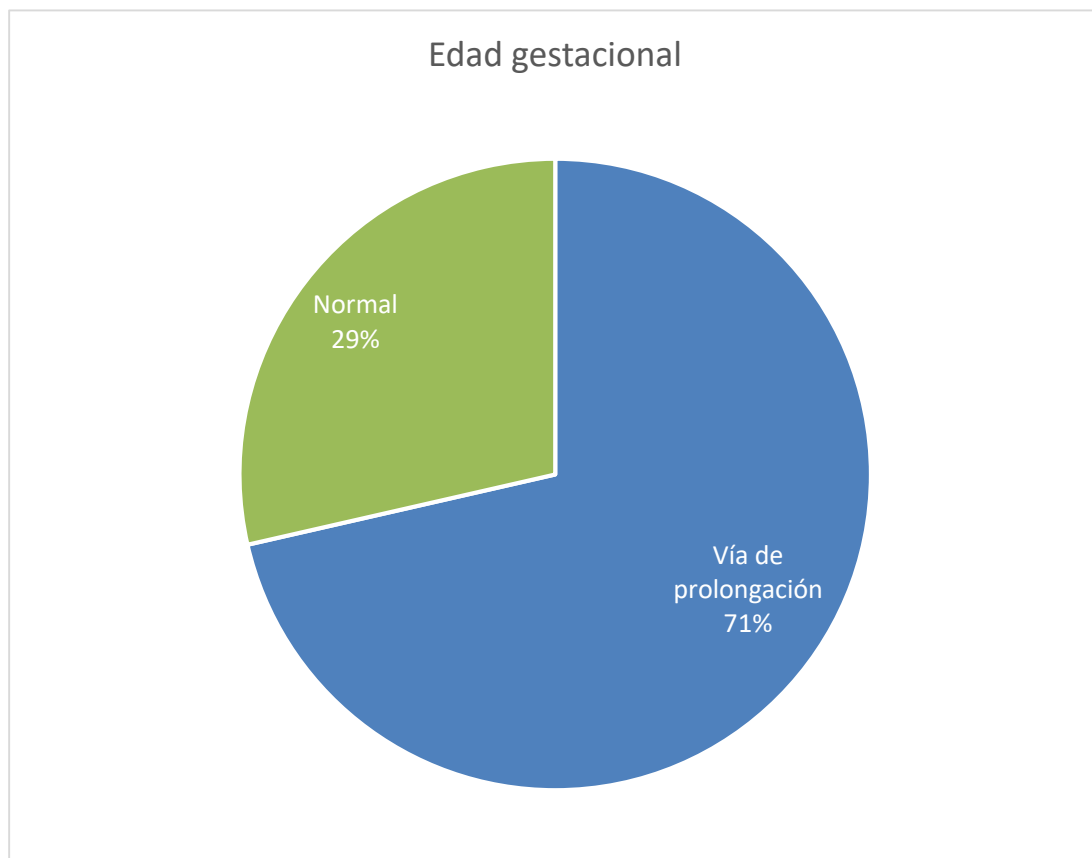


Figura 2: Edad gestacional de mujeres gestantes en vía de prolongación

Tabla 3: Tipo de paridad de mujeres gestantes en vía de prolongación

Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Tipo de paridad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Primípara	11	39.3
Múltipara	7	25.0
Secundípara	6	21.4
Nulípara	4	14.3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observan el tipo de paridad de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 39.3% (11 casos) fueron primíparas; el 25.0% (7 casos) fueron múltiparas; el 21.4% (6 casos) fueron secundíparas; y el 14.3% (4 casos) fueron nulíparas.

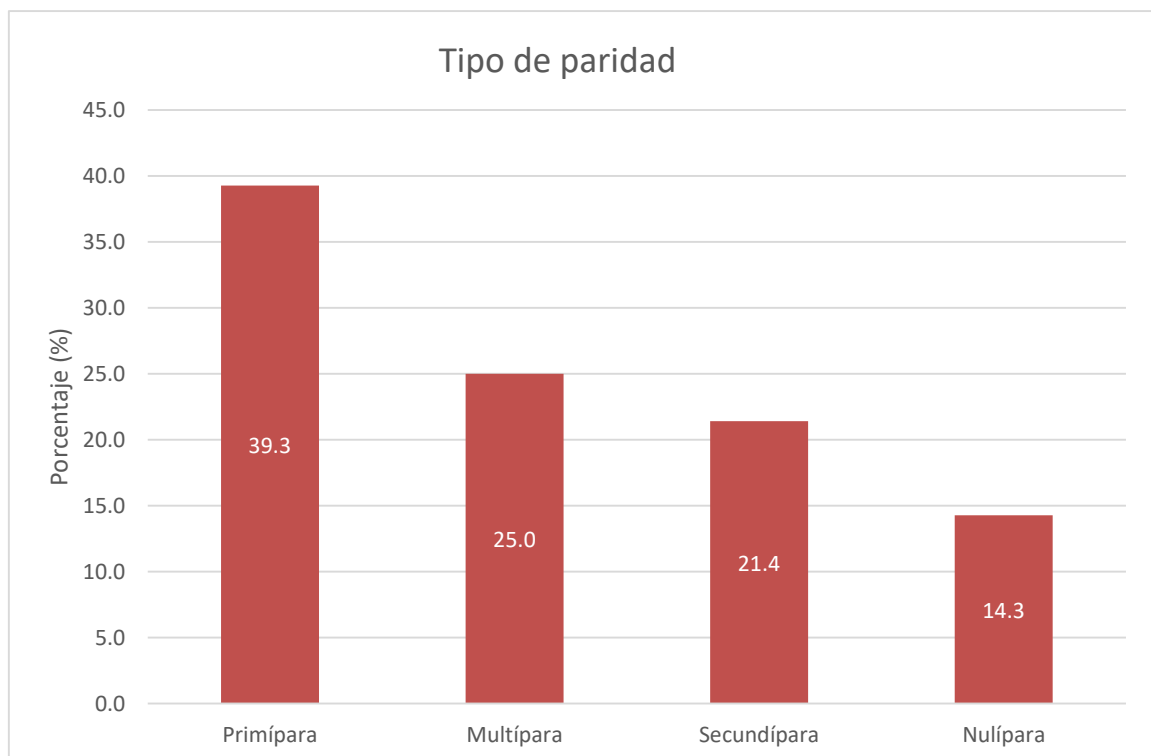


Figura 3: Tipo de paridad de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 4:** Control pre natal de mujeres gestantes en vía de prolongación

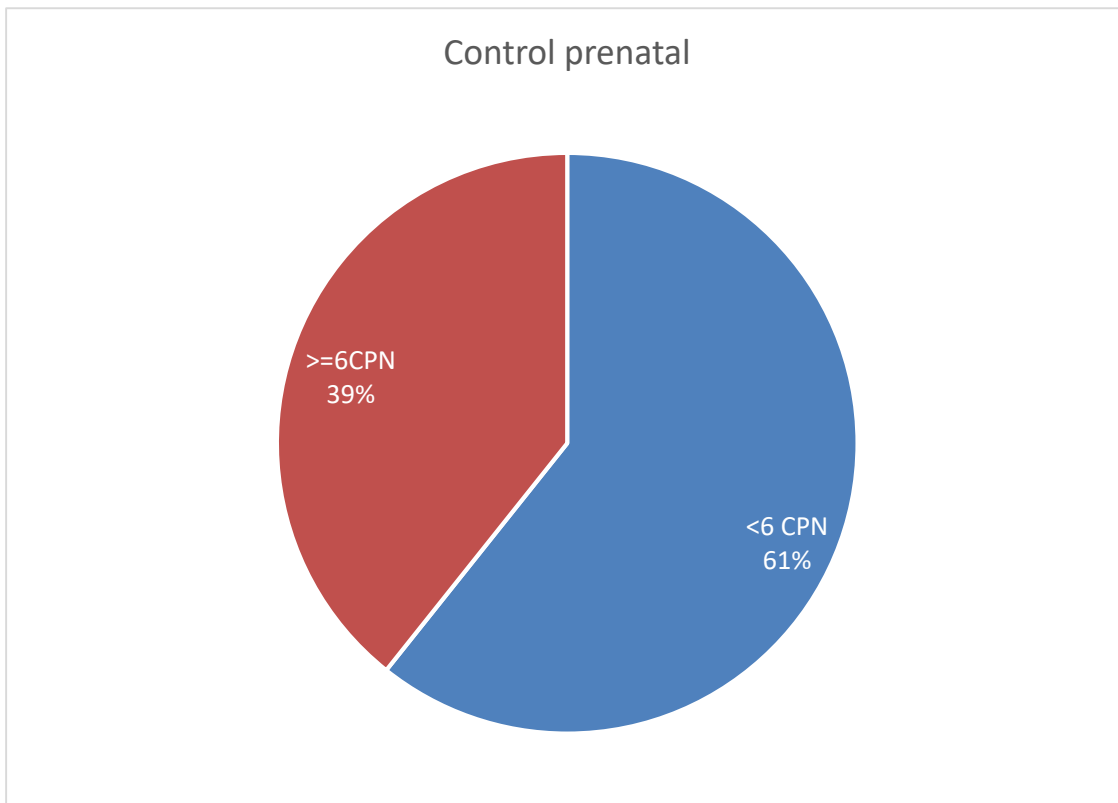
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Control prenatal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
<6 CPN	17	60.7
>=6CPN	11	39.3
Total	28	100

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observan los controles pre natales de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 60.7% (17 casos) tuvieron <6 CPN; y el 39.3% (11 casos) tuvieron >=6 CPN.

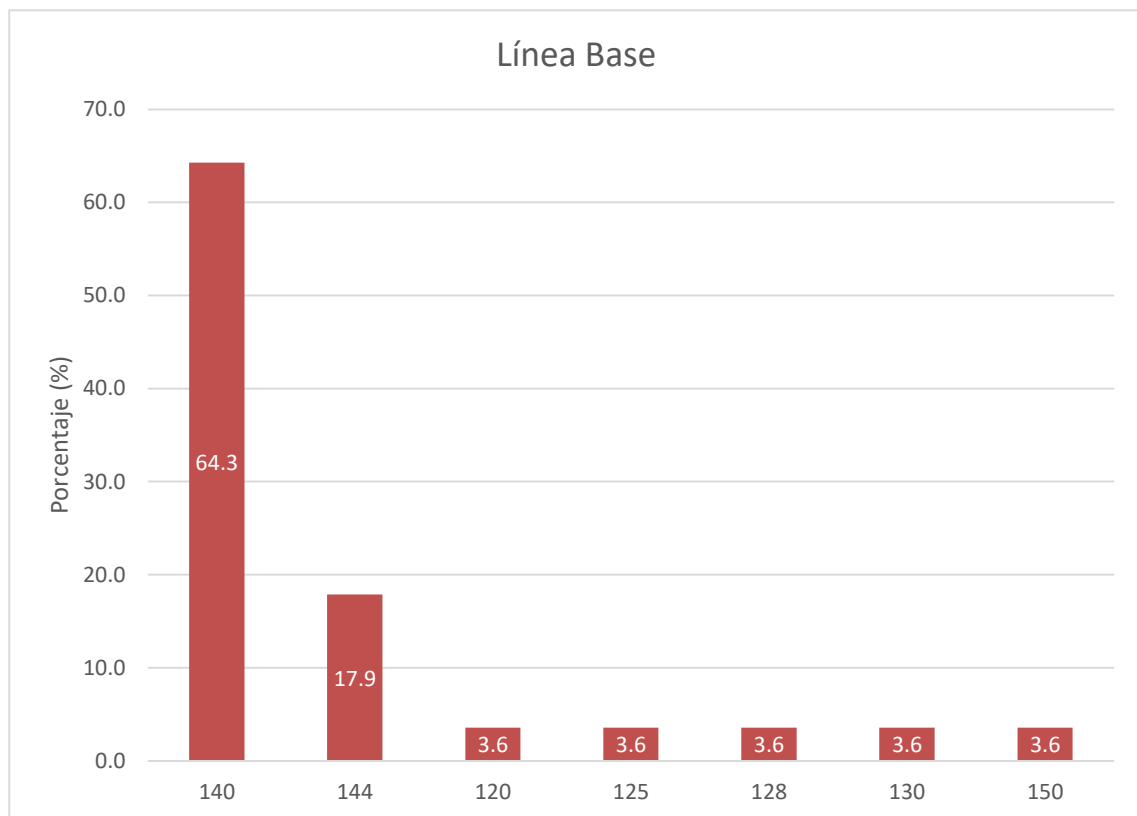
**Figura 4:** Control pre natal de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 5:** Línea base de mujeres gestantes en vía de prolongación

<i>Hospital III Iquitos – EsSalud</i>		<i>enero - diciembre 2016</i>	
Línea Base	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	
140	18	64.3	
144	5	17.9	
120	1	3.6	
125	1	3.6	
128	1	3.6	
130	1	3.6	
150	1	3.6	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la línea base de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 64.3% (18 casos) tuvieron 140; el 17.9% (5 casos) tuvieron 144; el 3.6% (1 caso) tuvo 120; el 3.6% (1 caso) tuvo 125; el 3.6% (1 caso) tuvo 128; el 3.6% (1 caso) tuvo 130; y el 3.6% (1 caso) tuvo 150.

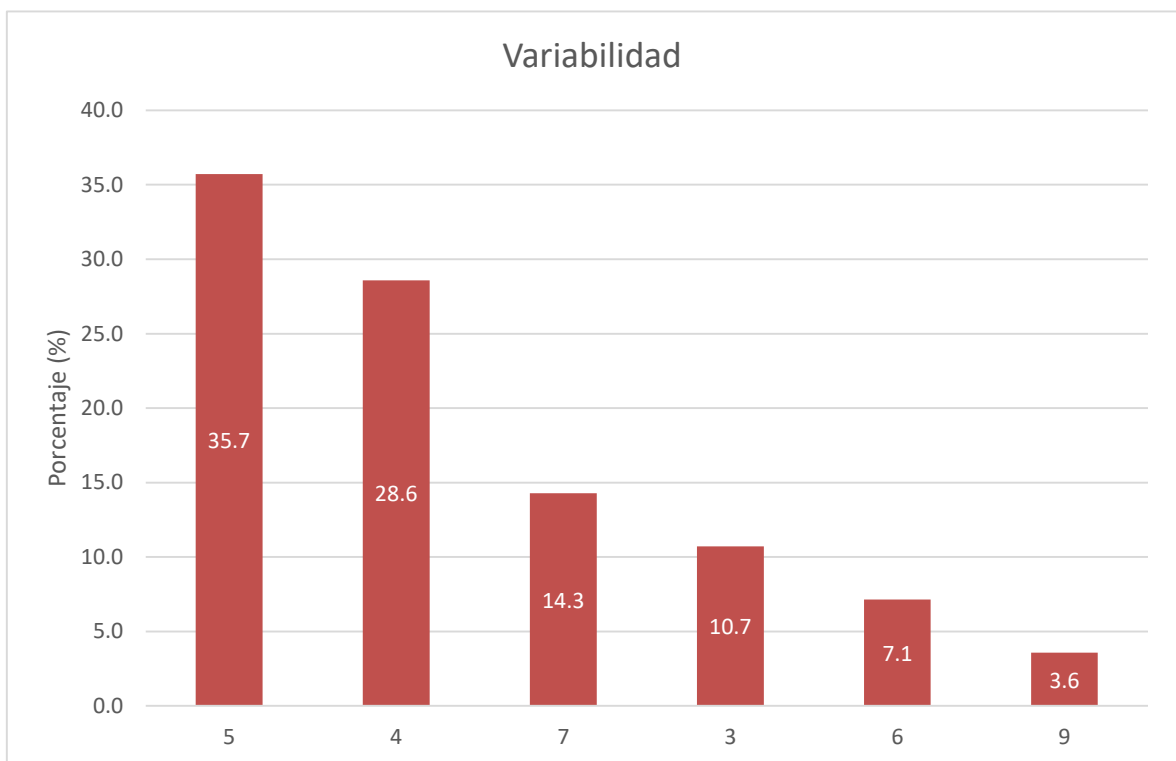
**Figura 5:** Línea base de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 6:** Variabilidad de mujeres gestantes en vía de prolongación

<i>Hospital III Iquitos – EsSalud</i>		<i>enero - diciembre 2016</i>	
Variabilidad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	
5	10	35.7	
4	8	28.6	
7	4	14.3	
3	3	10.7	
6	2	7.1	
9	1	3.6	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la variabilidad de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 35.7% (10 casos) tuvieron una variabilidad de 5; el 28.6% (8 casos) tuvieron una variabilidad de 4; el 14.3% (4 casos) tuvieron una variabilidad de 7; el 10.7% (3 casos) tuvieron una variabilidad de 3; el 7.1% (6 casos) tuvieron una variabilidad de 6; el 3.6% (1 caso) tuvieron una variabilidad de 9.

**Figura 6:** Variabilidad de mujeres gestantes en vía de prolongación.

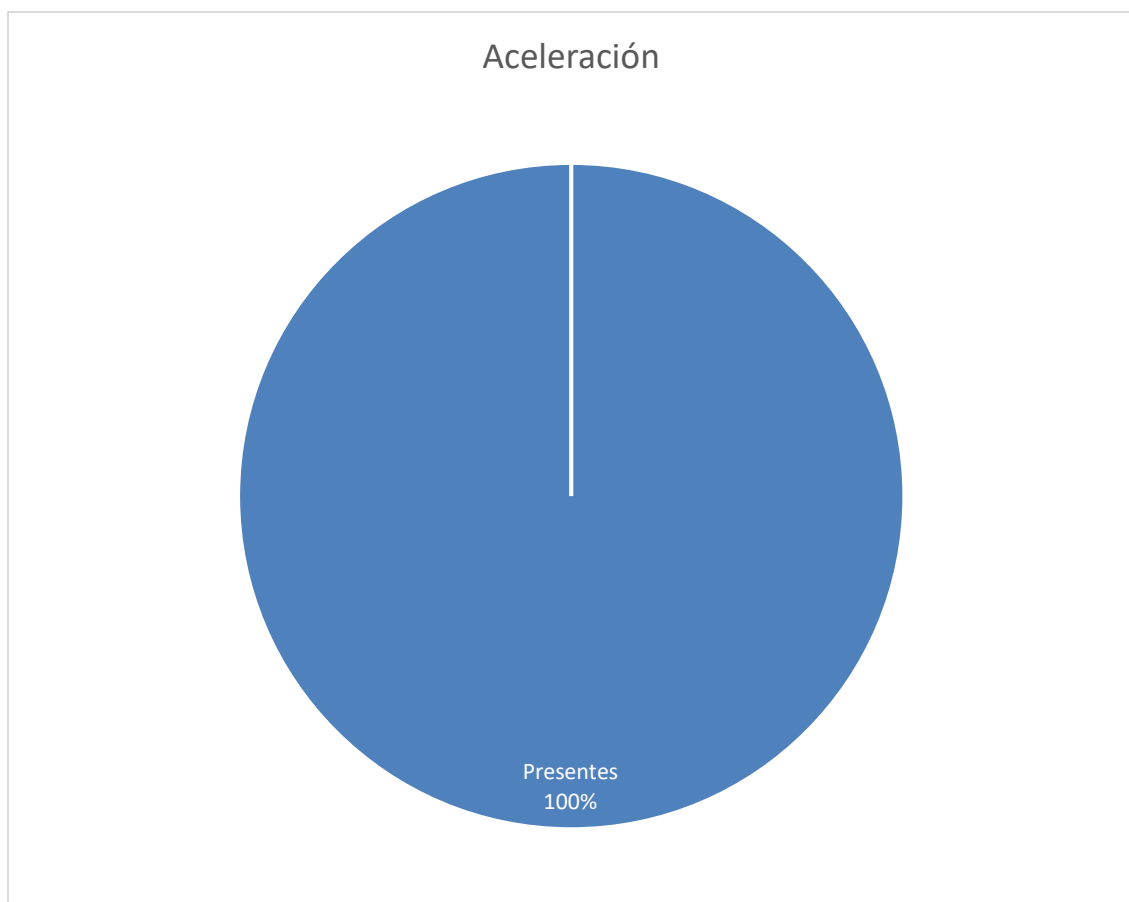


**Tabla 7:** Aceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación*Hospital III Iquitos – EsSalud**enero - diciembre 2016*

Aceleración	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Presentes	28	100.0

*Fuente: Base de datos SPSS V 22*

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la aceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 100.0% (28 casos) si tuvieron aceleraciones.

**Figura 7:** Aceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación.

**Tabla 8:** desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación

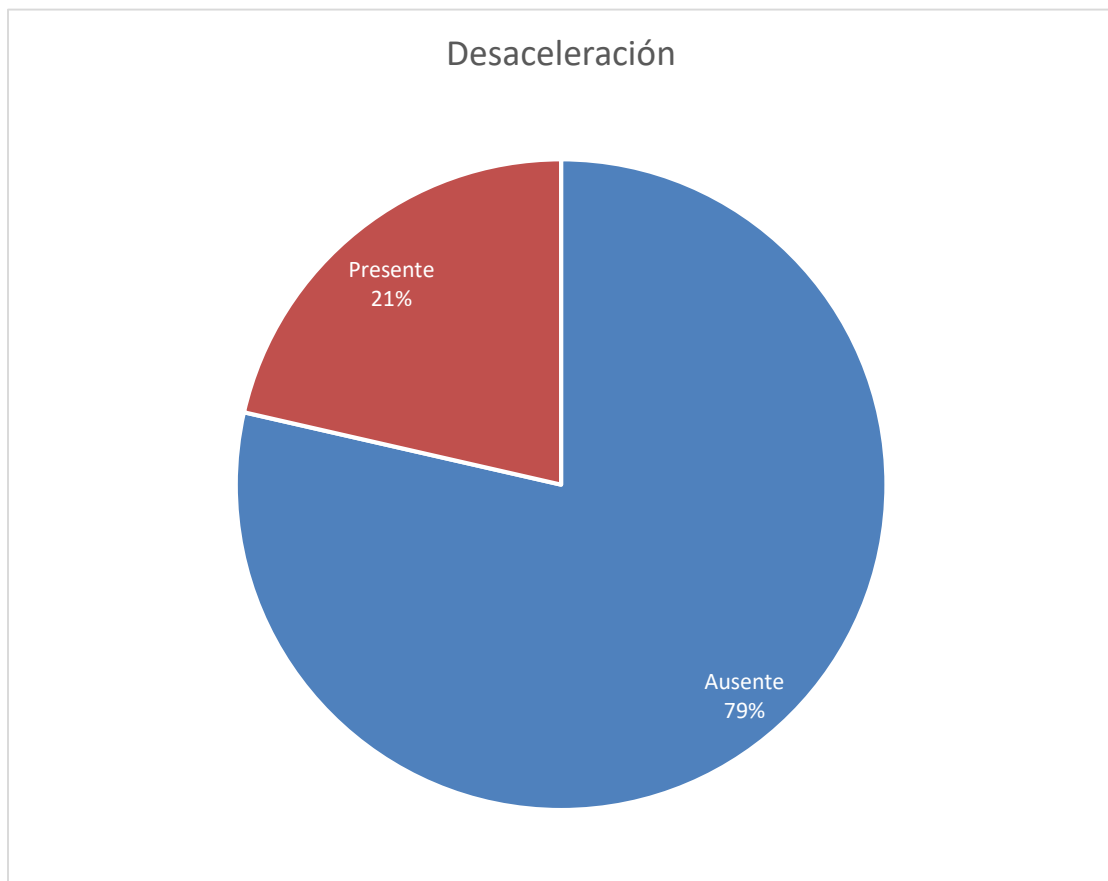
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Desaceleración	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ausente	22	78.6
Presente	6	21.4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 78.6% (22 casos) tuvieron desaceleración ausente; el 21.4% (6 casos) tuvieron desaceleración presente.

**Figura 8:** desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 9:** Número de desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación

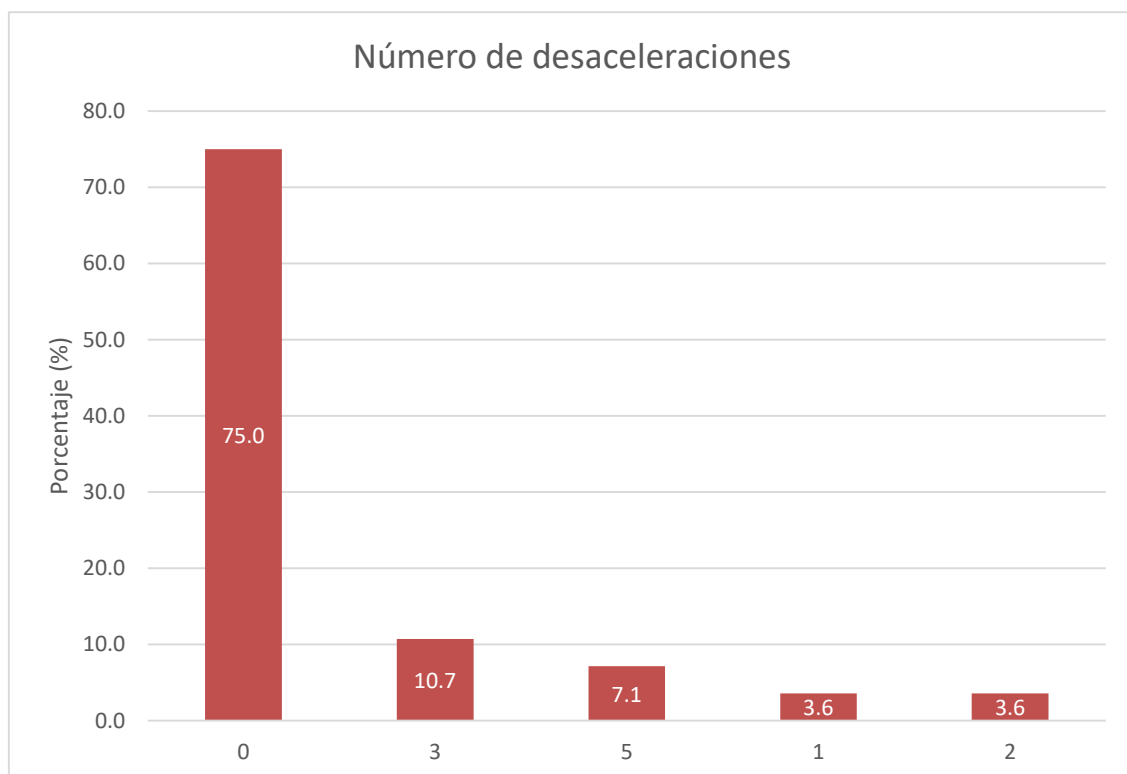
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Número de desaceleraciones	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
0	21	75.0
3	3	10.7
5	2	7.1
1	1	3.6
2	1	3.6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa el número de desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 75.0% (21 casos) tuvieron 0 números de desaceleraciones; el 10.7% (3 casos) tuvieron 3 desaceleración; el 7.1% (2 casos) tuvieron 5 desaceleraciones; el 3.6% (1 caso) tuvo 1 desaceleración; y el 3.6% (1 caso) tuvo 2 desaceleraciones.

**Figura 9:** Número de desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 10:** Contracciones uterinas de mujeres gestantes en vía de prolongación

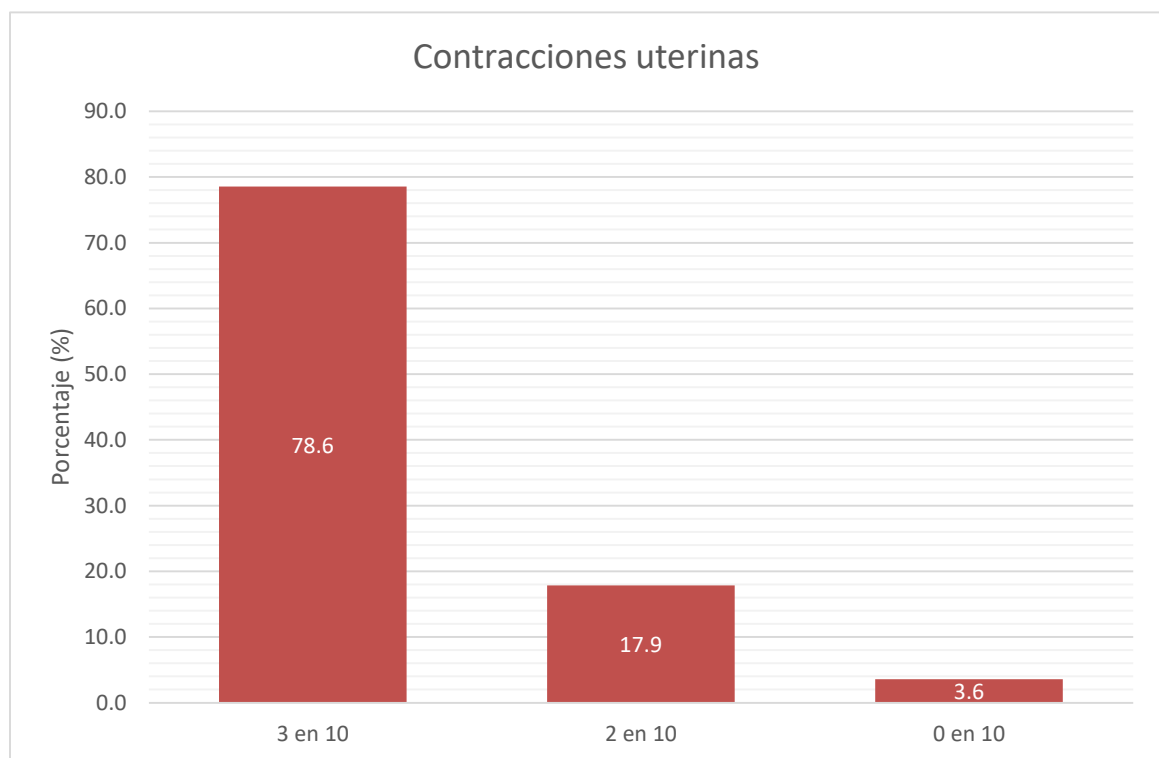
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Contracciones uterinas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
3 en 10	22	78.6
2 en 10	5	17.9
0 en 10	1	3.6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observan las contracciones uterinas de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 78.6% (22 casos) tuvieron 3 en 10 contracciones uterinas; el 17.9% (5 casos) tuvieron 2 en 10 contracciones uterinas; y el 3.6% (1 caso) tuvo 0 en 10 contracciones uterinas.

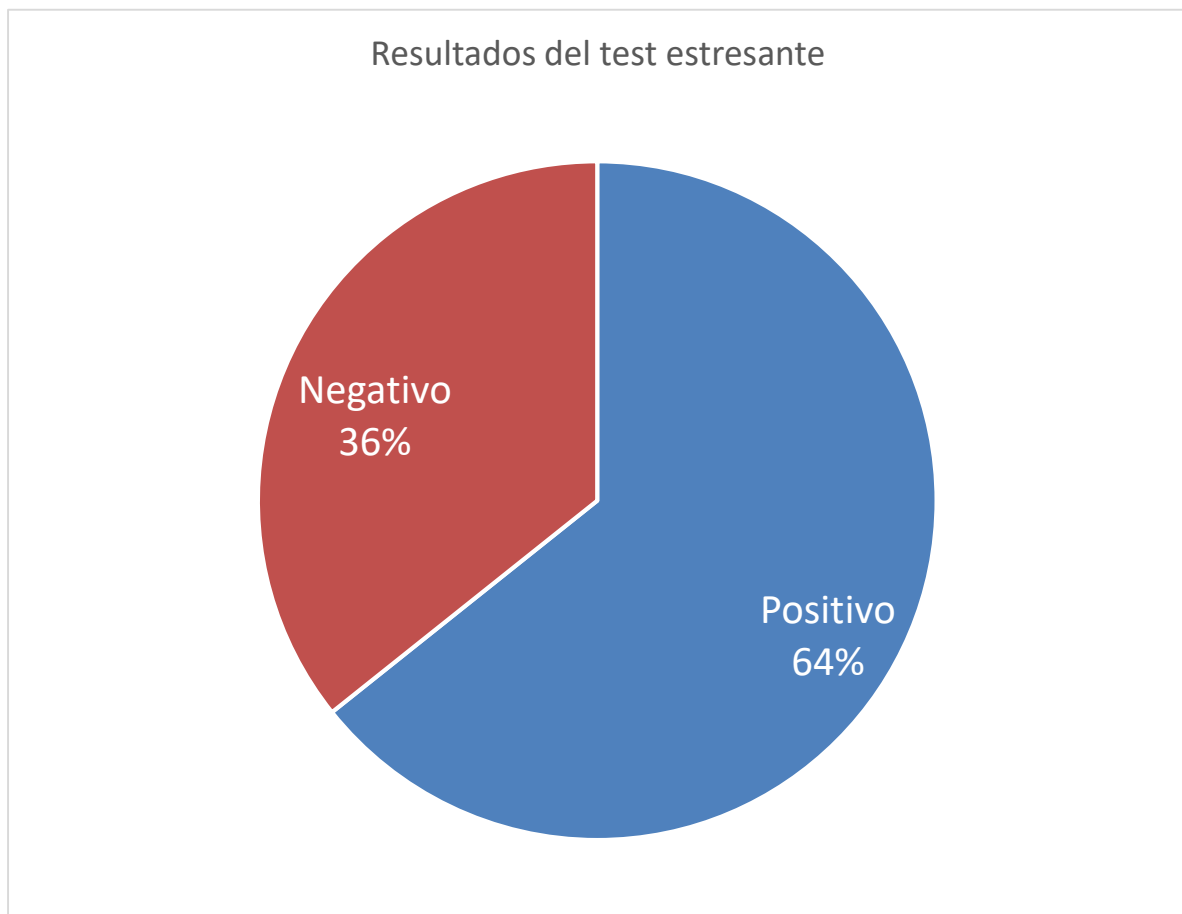
**Figura 10:** Contracciones uterinas de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 11:** Resultados del test estresante de mujeres gestantes en vía de prolongación*Hospital III Iquitos – EsSalud**enero - diciembre 2016*

Resultados del test estresante	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Positivo	18	64.3
Negativo	10	35.7
Total	28	100

*Fuente: Base de datos SPSS V 22*

**Interpretación:** En la presente tabla se observan los resultados del test estresante de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 64.3% (18 casos) tuvieron resultados positivos; el 35.7% (10 casos) tuvieron resultados negativos.

**Figura 11:** Resultados del test estresante de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 12:** Sexo del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

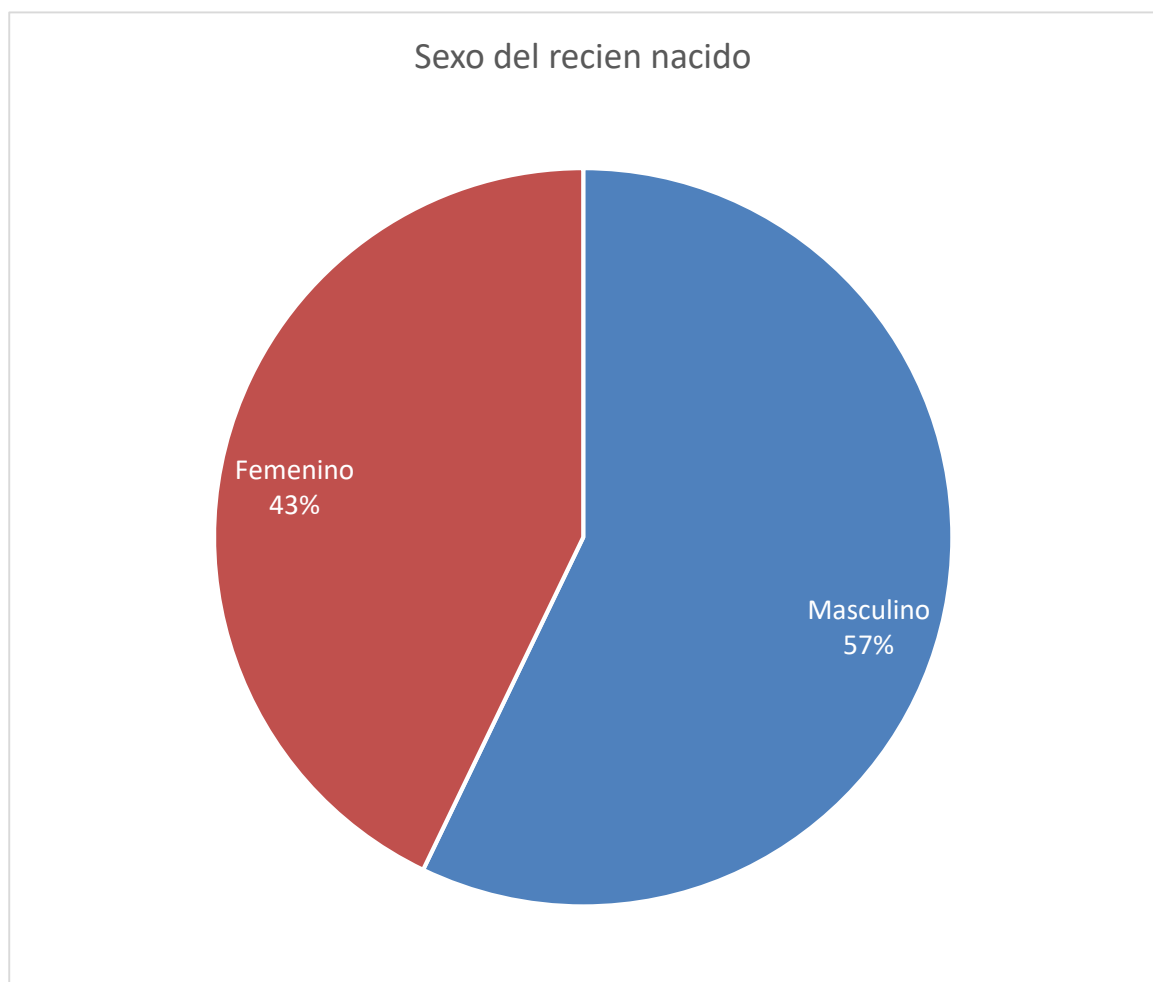
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Sexo del recién nacido	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Masculino	16	57.1
Femenino	12	42.9
Total	28	100

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa el sexo del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 57.1% (16 casos) fueron del sexo masculino; el 42.9% (12 casos) fueron de sexo femenino.

**Figura 12:** Sexo del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 13:** Peso del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

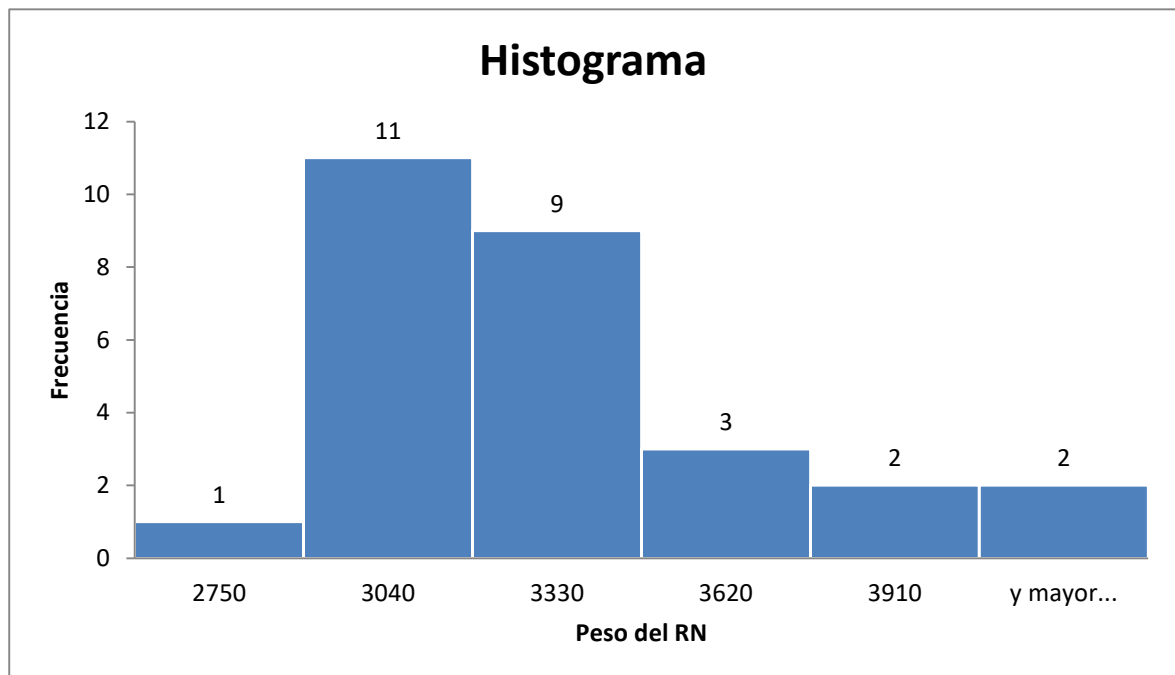
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Peso del recién nacido	
Media	3200.00
Mediana	3100.00
Moda	3200
Mínimo	2750
Máximo	4200

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa el peso del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el peso promedio fue 3200 gr; la edad media es 3100 gr; el peso más frecuente fue de 3200 gr; el peso mínimo fue 2750 gr; y el peso máximo fue 4200 gr.

**Figura 13:** Peso del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 14:** Talla del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

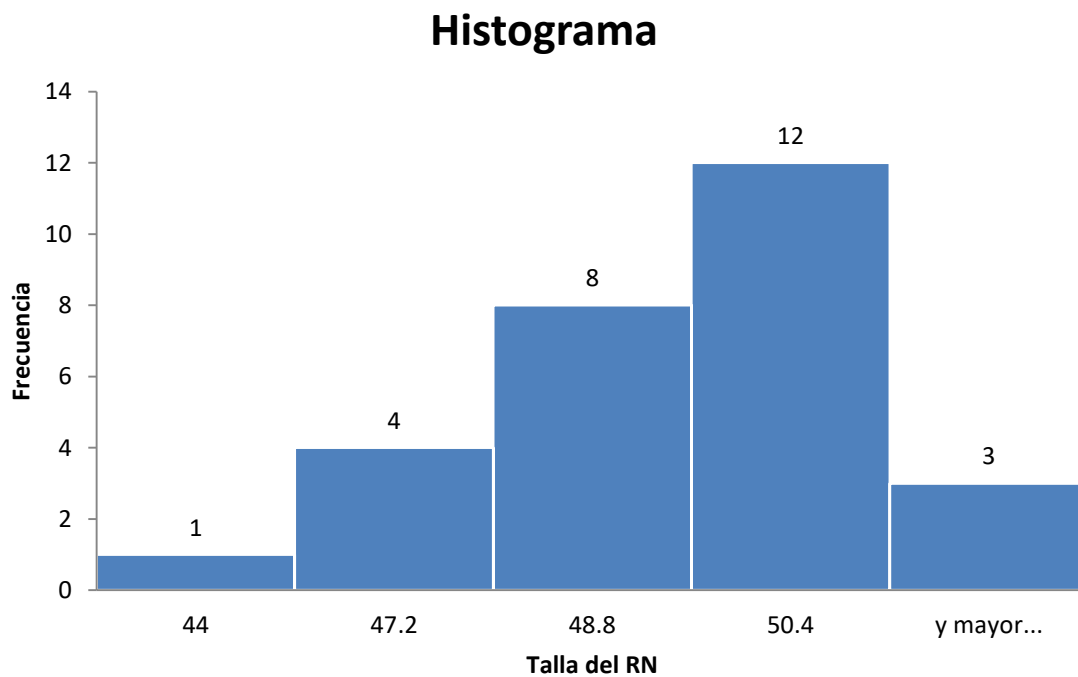
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Talla del recién nacido	
Media	48.75
Mediana	49.00
Moda	48
Mínimo	44
Máximo	52

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la talla del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el peso promedio fue 48.75 cm; la edad media es 49 cm; el peso más frecuente fue de 48 cm; el peso mínimo fue 44 cm; y el peso máximo fue 52 cm.

**Figura 14:** Talla del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación



**Tabla 15:** Edad gestacional por capurro del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

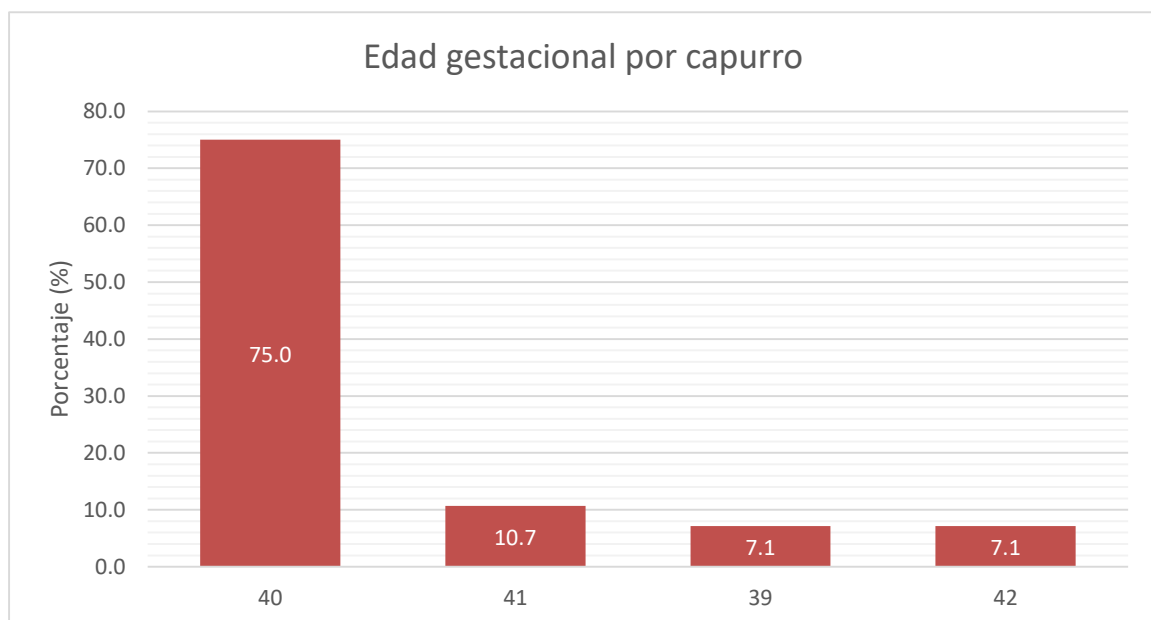
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Edad gestacional por capurro	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
40	21	75.0
41	3	10.7
39	2	7.1
42	2	7.1
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la edad gestacional por capurro del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 75.0% (21 casos) tuvieron una edad gestacional por capurro de 40 ss; el 10.7% (3 casos) tuvieron una edad gestacional por capurro de 41 ss; el 7.1% (2 casos) tuvieron una edad gestacional por capurro de 39 ss; y el 7.1% (2 casos) tuvieron una edad gestacional por capurro de 42 ss.



**Figura 15:** Edad gestacional por capurro del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 16:** Resultados del Apgar a 1 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

<i>Hospital III Iquitos – EsSalud</i>		<i>enero - diciembre 2016</i>	
Resultados del Apgar a 1 min	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	
9	16	57.1	
7	6	21.4	
6	2	7.1	
0	1	3.6	
3	1	3.6	
4	1	3.6	
8	1	3.6	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	

*Fuente: Base de datos SPSS V 22*

**Interpretación:** En la presente tabla se observan los resultados del Apgar a 1 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 57.1% (16 casos) tuvieron un resultado de 9; el 21.4% (6 casos) tuvieron un resultado de 7; el 7.1% (2 casos) tuvieron un resultado de 6; el 3.6% (1 caso) tuvo un resultado de 0; el 3.6% (1 caso) tuvo un resultado de 3; el 3.6% (1 caso) tuvo un resultado de 4; y el 3.6% (1 caso) tuvo un resultado de 8.



**Figura 16:** Resultados del Apgar a 1 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 17:** Resultados del Apgar a 5 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

<i>Hospital III Iquitos – EsSalud</i>		<i>enero - diciembre 2016</i>	
Resultados del Apgar a 5 min	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)	
10	18	64.3	
9	5	17.9	
0	2	7.1	
6	2	7.1	
8	1	3.6	
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	

*Fuente: Base de datos SPSS V 22*

**Interpretación:** En la presente tabla se observan los resultados del Apgar a 5 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 64.3% (18 casos) tuvieron un resultado de 10; el 17.9% (5 casos) tuvieron un resultado de 9; el 7.1% (2 casos) tuvieron un resultado de 0; el 7.1% (2 caso) tuvieron un resultado de 6; y el 3.6% (1 caso) tuvo un resultado de 8.



**Figura 17:** Resultados del Apgar a 5 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 18:** Tipo de parto de mujeres gestantes en vía de prolongación

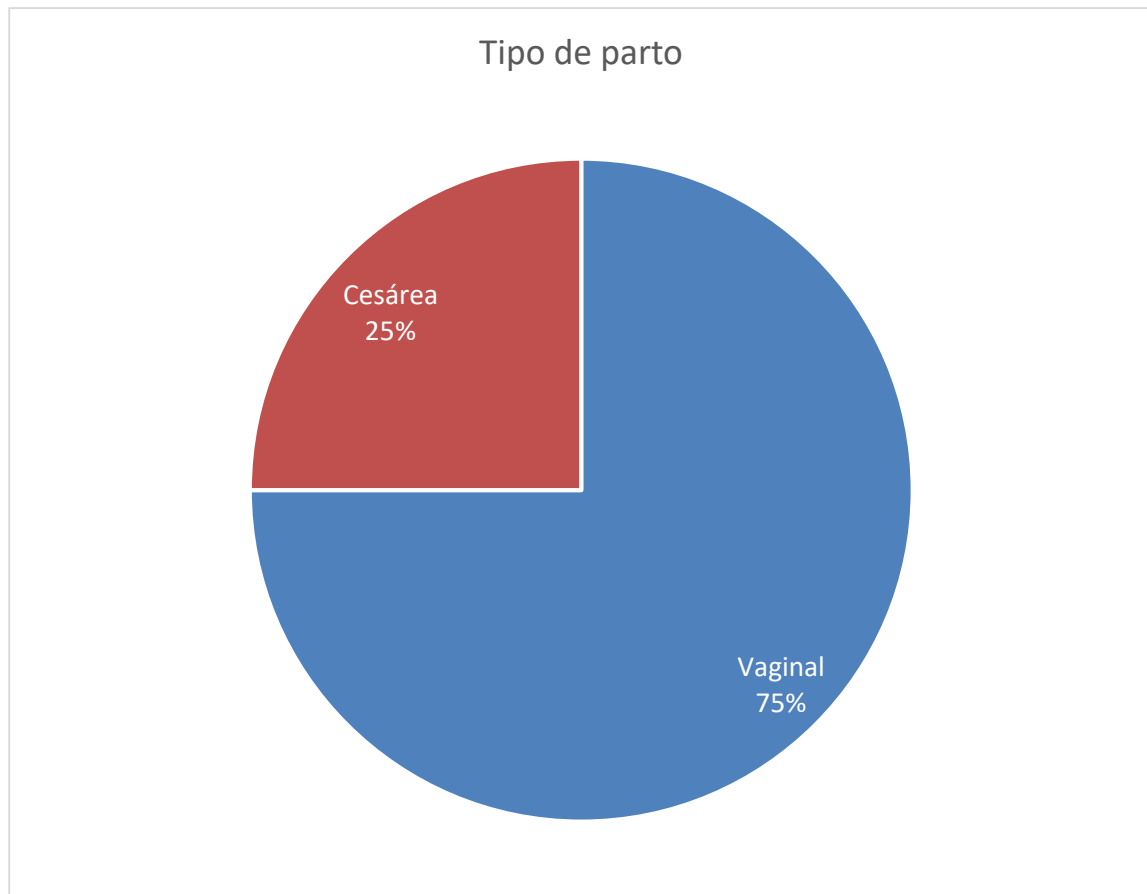
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Tipo de parto	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Vaginal	21	75.0
Cesárea	7	25.0
Total	28	100

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observan los tipos de parto de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 75.0% (21 casos) tuvieron parto vaginal; y el 25.0% (7 casos) tuvieron parto por cesárea.

**Figura 18:** Tipo de parto de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 19:** Líquido amniótico de mujeres gestantes en vía de prolongación

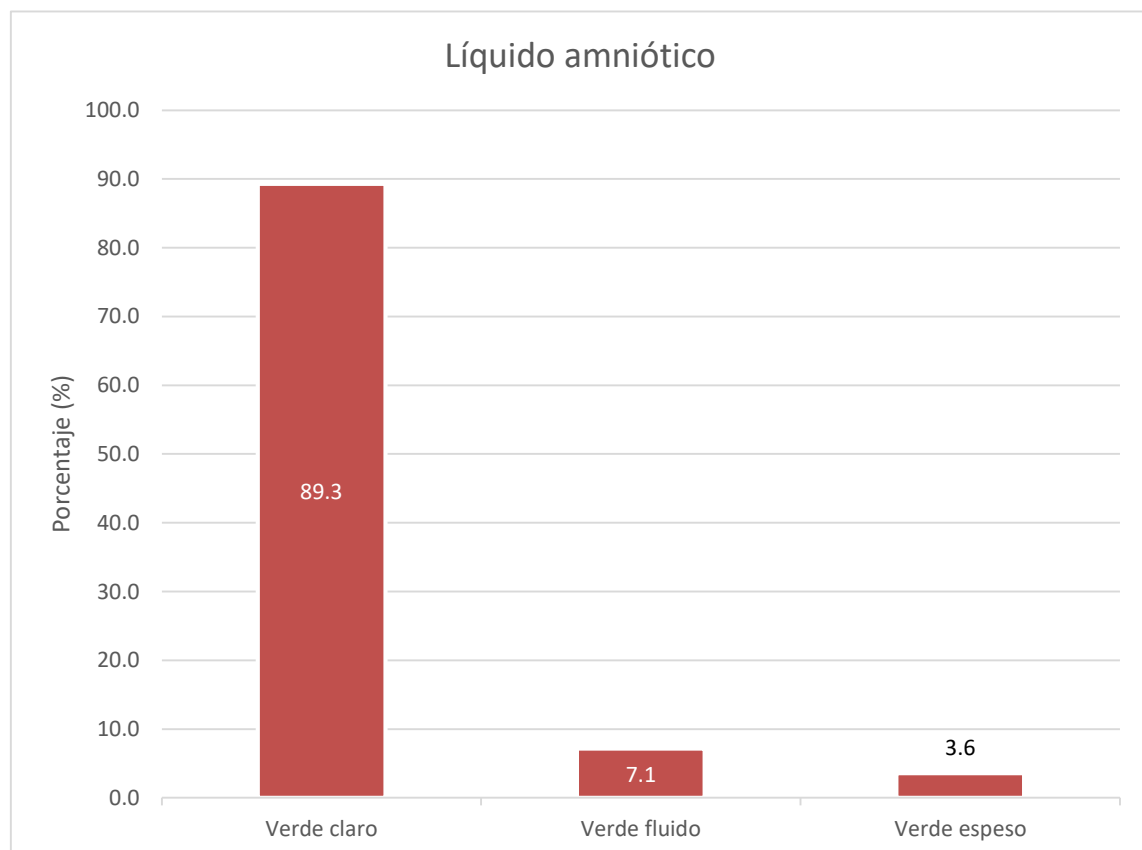
Hospital III Iquitos – EsSalud

enero - diciembre 2016

Líquido amniótico	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Verde claro	25	89.3
Verde fluido	2	7.1
Verde espeso	1	3.6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos SPSS V 22

**Interpretación:** En la presente tabla se observa el líquido amniótico de mujeres gestantes en vía de prolongación, en la cual tenemos que el 89.3% (25 casos) tuvieron líquido amniótico verde claro; el 7.1% (2 casos) tuvieron líquido amniótico verde fluido; y el 3.6% (1 caso) tuvo un líquido amniótico verde espeso.

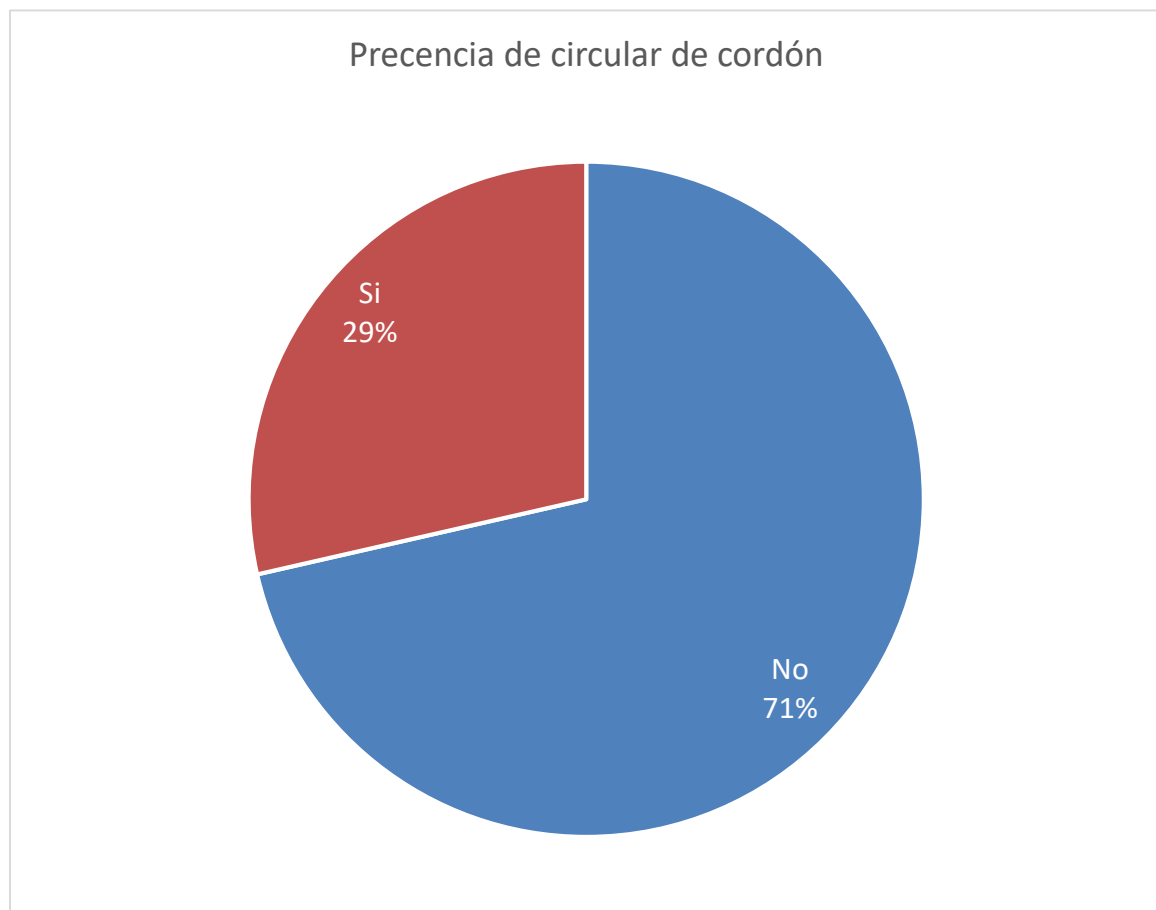
**Figura 19:** Líquido amniótico de mujeres gestantes en vía de prolongación

**Tabla 20:** Presencia de circular de cordón.*Hospital III Iquitos – EsSalud**enero - diciembre 2016*

Presencia de circular de cordón	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No	20	71.4
Si	8	28.6
Total	28	100

*Fuente: Base de datos SPSS V 22*

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la presencia de circular cordón en el neonato, en la cual tenemos que el 71.4% (20 casos) no tuvieron presencia de circular cordón en el neonato; y el 28.6% (8 casos) si tuvieron presencia de circular cordón en el neonato.

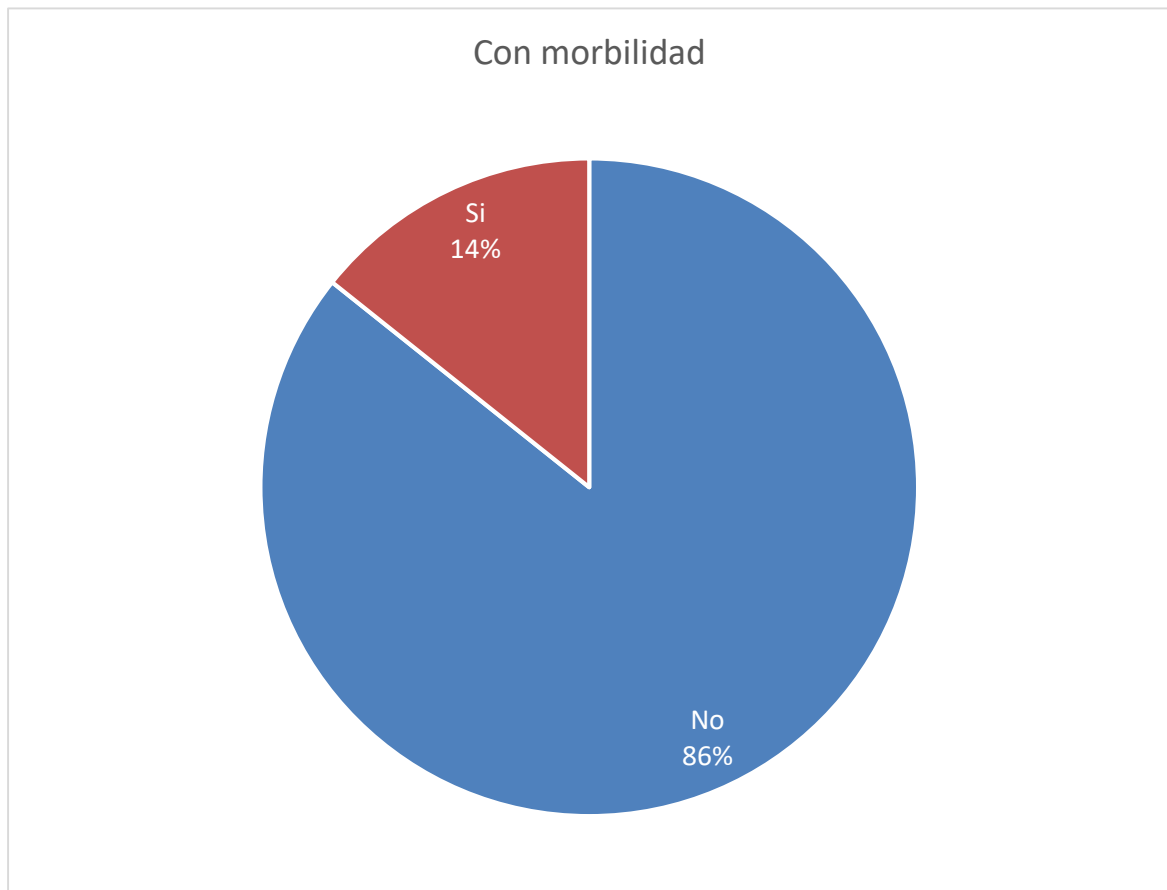
**Figura 20:** Presencia de circular de cordón.

**Tabla 21:** Con morbilidad.*Hospital III Iquitos – EsSalud**enero - diciembre 2016*

Con morbilidad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No	24	85.7
Si	4	14.3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

*Fuente: Base de datos SPSS V 22*

**Interpretación:** En la presente tabla se observa la morbilidad, en la cual tenemos que el 85.7% (24 casos) no presentaron morbilidad; y el 14.3% (4 casos) si presentaron morbilidad.

**Figura 21:** Con morbilidad

## COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

**Tabla 22.** Tabla de contingencia para observar la concordancia entre los resultados de los hallazgos cardiotocográficos y los embarazos prolongados.

Edad gestacional	Resultado de test estresante				Total	
	Positivo		Negativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Normal	1	5.6%	7	70%	8	28.6%
Vía de prolongación	17	94.4%	3	30%	20	71.4%
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100.0%</b>	<b>10</b>	<b>100.0%</b>	<b>28</b>	<b>100.0%</b>

$$X^2 = 13.1 \quad G/1 \quad (p = 0.00)$$

**H1:** Existe asociación entre los resultados cardiotocográficos y los embarazos prolongados en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Iquitos de enero a diciembre 2016

**Ho:** No existe asociación entre los resultados del monitoreo Cardiotocográfico y gestantes en vías de prolongación atendidas en el Hospital III EsSalud Iquitos de enero a diciembre 2016

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	GI	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	13,082 <sup>a</sup>	1	.000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	10.115	1	0.001		
Razón de verosimilitud	13.562	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				0.001	.001
Asociación lineal por lineal	12.615	1	.000		
N de casos válidos	28				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2



### **Toma de decisión**

En las mujeres con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud. y con un valor de  $p = 0,00$  decimos que existe relación entre los hallazgos cardiotocográficos y los embarazos prolongados, así mismo el valor de  $X^2 = 13.1$  decimos que existe una buena concordancia entre los resultados del test estresante y los embarazos prolongados.

## DISCUSIÓN

Para determinar los tipos de resultados cardiotocográficos del test estresante asociados al embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud enero – diciembre 2016, tenemos los siguientes resultados: el 64.3% (18 casos) tuvieron una línea base de 140; el 35.7% (10 casos) tuvieron una variabilidad de 5; el 100.0% (28 casos) si tuvieron aceleraciones; el 78.6% (22 casos) tuvieron desaceleración ausente; el 75.0% (21 casos) tuvieron 0 números de desaceleraciones; y el 78.6% (22 casos) tuvieron 3 en 10 contracciones uterinas. Estos resultados tienen concordancia con el autor Cuenca, E. (2015) quien obtuvo resultados parecidos a los encontrados en la presente.

Para determinar las características del test estresante en mujeres con embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud enero– diciembre 2016; tenemos que el 64.3% (18 casos) tuvieron resultados positivos (tabla 11). Así mismo, para identificar la edad reproductiva de las mujeres con embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud enero – diciembre 2016, se elaboró la tabla 1 en la que encontramos que la edad promedio es de 28.64 años. Por otro lado, para determinar la edad gestacional promedio de las mujeres con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud enero – diciembre 2016, se elaboró la tabla 2 en la que se observa que el 71.4% (20 casos) tuvieron una gestación en vías de prolongación.

Estos resultados tienen concordancia con los autores Cuenca, E. (2015) y Galarza, C. (2011) quienes obtuvieron resultados parecidos a los encontrados en el presente trabajo de investigación.

## CONCLUSIONES

- Con respecto a la edad gestacional, tenemos que, el 71.4% (20 casos) tuvieron gestación en vía de prolongación.
- Con respecto a la edad de las mujeres gestantes, tenemos que la edad promedio es de 28.64 años de edad..
- Para el tipo de paridad de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 39.3% (11 casos) fueron primíparas.
- El control pre natal de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 60.7% (17 casos) tuvieron <6 CPN.
- Con respecto a la línea base, tenemos que, el 64.3% (18 casos) tuvieron 140.
- Con respecto a la variabilidad de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 35.7% (10 casos) tuvieron una variabilidad de 5.
- Con respecto a la aceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 100.0% (28 casos) si tuvieron aceleraciones.
- La desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que el 78.6% (22 casos) tuvieron desaceleración ausente.
- El número de desaceleración de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 75.0% (21 casos) tuvieron 0 números de desaceleraciones.
- Con respecto a las contracciones uterinas de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 78.6% (22 casos) tuvieron 3 en 10 contracciones uterinas.
- Con respecto a los resultados del test estresante de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 64.3% (18 casos) tuvieron resultados positivos.

- El sexo del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que el 57.1% (16 casos) fueron del sexo masculino.
- Con respecto al peso del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el peso promedio fue de 3200 gr.
- Con respecto a la talla del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que la talla promedio fue de 48.75 cm.
- Con respecto a la edad gestacional por capurro del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 75.0% (21 casos) tuvieron una edad gestacional por capurro de 40 ss.
- Con respecto a los resultados del Apgar al 1 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 57.1% (16 casos) tuvieron un resultado de 9.
- Con respecto a los resultados del Apgar a 5 min del recién nacido de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 64.3% (18 casos) tuvieron un resultado de 10.
- Con respecto al tipo de parto de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 75.0% (21 casos) tuvieron parto vaginal.
- Con respecto al líquido amniótico de mujeres gestantes en vía de prolongación, tenemos que, el 89.3% (25 casos) tuvieron líquido amniótico verde claro.
- Con respecto a la presencia de circular de cordón, tenemos que, el 71.4% (20 casos) no tuvieron presencia de circular cordón en el neonato.
- Con respecto a la morbilidad de los recién nacidos, tenemos que, el 85.7% (24 casos) no presentaron morbilidad.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la sala de Monitoreo Electrónico Fetal de los hospitales deben ser manejados por personal altamente capacitados y calificados que permitan un correcto llenado de los hallazgos cardiotocográficos para estudios posteriores de investigación en beneficio de los niños por nacer.
- Se recomienda a los obstetras monitorear al menos en dos oportunidades a las gestantes con embarazos en vías de prolongación antes del parto para una mejor toma de decisiones en la vía del parto que tendrá y evitar consecuencias irreversibles en el feto.
- Se sugiere que se realicen estudios prospectivos que incluyan un seguimiento adecuado a las gestantes con monitoreo electrónico fetal que permita evaluar la correlación entre la frecuencia cardiaca fetal anormal con los resultados neonatales.
- Se recomienda equipar a los establecimientos I V Centros de Salud de atención de partos con equipos de monitoreo obstétrico y ecógrafos para estudios cardiotocográficos y diagnóstico por imágenes para detección temprana de embarazos de embarazos prolongados y otros factores de riesgos

**BIBLIOGRAFIA**

1. Hernández, T., Nachón, G. Conceptos básicos del embarazo prolongado: una revisión. Rev Med UV 2005; 5 (2): 21-27.
2. Cuenca, E. Relación entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" Lima 2014. [Tesis de grado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.
3. Cowley, P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane review). En: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.
4. Olsen, A., Basso, O., Olsen, J. Risk of recurrence of prolonged pregnancy. BMJ 2003; 326-476.
5. Hollis, B. Prolonged Pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 2002; 14: 203-207.
6. Albers, L., Krulewitch, C. Electronic Fetal Monitoring in the United States in the 1980s. Obstet.Gynecol1996; 82: 8-10.
7. Aller, J., Pages, G. Obstetricia Moderna. 3o edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana 1999. Pág. 55-60.
8. American College of Obstetric and Gynecologist. Fetal Heart Rate Patterns: Monitoring, Interpretation and Management. Technical Bulletin No 207, 1995.
9. Sociedad Española de ginecología y Obstetricia. Control del bienestar fetal anteparto. 2002.
10. Álvarez, V., Lugo, A., Álvarez, A., Muñiz, M. Comportamiento del embarazo prolongado en el servicio de cuidados perinatales. Rev. Cubana Obstet y Ginecol 2004; 30(2): 1- 4.
11. Alexander, J., McIntire, D., Leveno, K. Prolonged pregnancy: induction of labour and caesarean births. Obstet Gynecol 2000; 97: 911-915.

12. Hernández, T., Nachón, G. Conceptos básicos del embarazo prolongado: una revisión. *Rev Med UV* 2005; 5 (2): 21-27.
13. Claudino, C., Valladares, C. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal preparto en el embarazo cronológicamente prolongado en el Hospital Materno Infantil, Honduras. *Revista Médica Post UNAH*. 2001, 6 (1): 66-73.
14. Mullo, J., Vargas, J. Embarazo prolongado: Factores de riesgo y resultados perinatales, Hospital Hipólito Unánue de Tacna 2000-2004. [Tesis de grado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman de Tacna, 2005.
15. Ministerio de salud. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Perú: Minsa, 2013.
16. Crisostomo, S. Pregnancy prolonged. *Current Obstetrics y Gynecology* 2005; 15: 73-79.
17. Balestena, J., Del Pino, E. Características maternas y resultados perinatales en el embarazo prolongado. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002; 2: 2-11.
18. American College of Obstetricians and Gynecologist. Clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. Management of Post-term Pregnancy. *ACOG Practice Bulletin* 2004; 55 (104): 639-646.
19. Boisselier, P., Guettier, X. Prolonged pregnancy. Review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995; 24 (7): 739- 746.
20. Votta, R., Cibils, L. Tratamiento del embarazo prolongado. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168 (2): 557–563.
21. Rivero, M. Embarazo prolongado: Resultados Perinatales. *Rev Med Nord* 2004; 4: 12-14.
22. Cifuentes, R. Embarazo Prolongado. En: Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda Edición. Lima, Perú: REP SAC 2007: 1268-1270.

23. Divon, M. Prolonged Pregnancy. Gabbe: Obstetrics normal and problem pregnancies. 4ed Churchill: Livingstone 2002; 33: 931-940.
24. Carrasco, D., Valladares, C. Valor predictivo del monitoreo fetal en el embarazo en vías de prolongación y prolongado. Rev Med Post Grad UNAH 2006; 9 (3): 388-393.
25. Galarza, C. Hallazgos cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 2009 – 2010. [Tesis de grado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2011.
26. Chavarry, F., Cabrera, R., Díaz, J. Perfil del embarazo prolongado en pacientes de un hospital general. Rev Med Hered 2009; 20 (4): 200-205.
27. Gallo, M., Martínez, M., Santiago C. Control del bienestar fetal anteparto. Métodos biofísicos y bioquímicos. En: Cabero, L., Cabrillo, E., Abad, L. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2006.
28. Terré, C, Francés, L. Control del bienestar fetal. Monitorización biofísica anteparto. Revista Rol de Enfermería 2015; 38(2): 131-138.
29. Terré C, Francés L. Monitorización biofísica intraparto. Matronas Profesión 2006; 7(2):5-13
30. Williams KP, Galerneau F. Intrapartum fetal heart rate patterns in the prediction of neonatal academia. Am J Obstet Gynecol. 2003; 188(3): 820-3.
31. Guzmán, J., Carrasco, S., Gómez, E., Herrainz, C., Tofé I. Embarazo prolongado. RN postmaduro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008
32. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Número 55, septiembre 2004. Management of Postterm Pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 104:639-646.



33. Stamilio DM. Embarazo postérmino. Obstetricia y Ginecología de Postgrado. Universitat de Valencia. Vol II, nº 16, 2005.
34. Vaisanen M, Nuutila M, Ylikorkala O. Cervical nitric oxide release in women postterm. *Obstet Gynecol* 2004;103: 65.
35. Hernández, T., Ma. Nachón G. Conceptos basicos del embarazo prolongado: una revisión. *Revista medica de la Universidad Veracruzana*. 2005; 5(2).
36. Montes, M. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. [Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social y Cultural]. Universitat Rovira I Virgili. Tarragona. 2007.
37. Yaranga Abreu, Juan de Dios Resultados perinatales en embarazo prolongado con evidencia ultrasonográficos de las calcificaciones placentarias y oligohidramnios. Tesis de Grado. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Ginecología y Obstetricia; 2006.
38. Castillo Fernandez, Frank Alberto y Navas Noris Ábalos. Comportamiento del perfil biofísico fetal en el embarazo postérmino. *AMC* vol.10 no.2. Camaguey 2006.
39. Balestena S. Jorge Manuel, Gonzales Katisleydis. Comportamiento del embarazo postermio y su asociación con diferentes factores maternos. *Revista de ciencias medicas de Pinar de Rio* version on –Lain Cuba abril 2015.
40. M Bustinza Bravo – 2016 [cybertesis.unmsm.edu.pe](http://cybertesis.unmsm.edu.pe) Resultados del Test estresante en relacion al score de apgar en gestaciones de 41 semanas a mas. Unidad de embarazo patologico del Hospital Nacional Daniel Alcides carrion Lima.

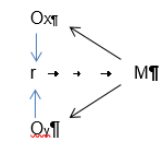
## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

## RESULTADOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST ESTRESANTE ASOCIADOS AL EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN DE MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO - DICIEMBRE 2016

PROBLEMA General y Específico	OBJETIVOS General y Específicos	HIPÓTESIS	VARIABLES y DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p><b>GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son los resultados cardiocográficos del test estresante asociados al embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Julio–diciembre 2016?</p> <p><b>ESPECÍFICO</b></p> <p>¿Cuál es la edad gestacional promedio de las mujeres con embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Julio–diciembre 2016?</p> <p>¿Cuál es la edad reproductiva de la madre con embarazos en vías de prolongación atendidas en el</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>Conocer los resultados cardiocográficos del test estresante asociados al embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Julio–diciembre 2016</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>Determinar la edad gestacional promedio de las mujeres con embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Julio– diciembre 2016?</p> <p>Identificar la edad reproductiva de la madre gestante atendidas en el</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p><b>H1</b> Los resultados Cardiocográficos del test estresante son asociados al embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos Es salud Julio – Diciembre 2016</p> <p><b>Ho</b> Los resultados Cardiocográficos del test estresante no son asociados al embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos Es salud Julio – Diciembre 2016</p>	<p><b>V. INDEPENDIENTE (Vx)</b></p> <p><b>Embarazo en vías de prolongación</b></p> <p><u>DIMENSIÓN:</u></p> <p>1)Características del monitoreo cardiocográfico</p>	<p>Asociación</p> <p>SI – NO</p>	<p><b>NIVEL Y TIPO DE INV.</b></p> <p>El nivel de investigación será explicativo predictivo relacional</p> <p><b>El tipo de investigación</b> será observacional</p> <p><b>retrospectivo</b></p> <p><b>Transversal</b></p>	<p><b>POBLACIÓN:</b> Serán 1053 Historias clínicas de gestantes sometidas a test estresante en el hospital III Iquitos durante el periodo enero – diciembre 2016</p> <p><b>MUESTRA:</b> Serán 50 historias clínicas de gestantes sometidas a test estresante con embarazo en vías de prolongación</p> <p><b>MUESTREO:</b> NO Probabilística.</p> <p><b>Criterio de inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres con diagnóstico de embarazos en vías de prolongación (de 42 semanas a mas)</li> <li>- Gestación única</li> </ul>
			<p><b>V. DEPENDIENTE (Vy)</b></p> <p><b>Resultados Cardiocográficos del test estresante</b></p> <p><u>DIMENSIÓN:</u></p> <p>1) Monitoreo cardiocográfico</p> <p>2) Test estresante</p>	<p>Resultados</p> <p>Prueba positiva</p> <p>Prueba Negativa</p> <p>Prueba no concluyente</p>	<p><b>MÉTODO DE INV.</b></p> <p>Cuantitativo, predictivo relacional</p> <p><b>DISEÑO DE INV.</b></p> <p>Observacional de corte transversal, correlacional</p>	

<p>Hospital III Iquitos – EsSalud Julio– diciembre 2016?</p> <p>¿Cuáles son las características del test estresante de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Julio– diciembre 2016?</p> <p>¿Cuál de los tipos de resultados cardiotocográficos están relacionados con los embarazos en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Julio– diciembre 2016?</p>	<p>Hospital III Iquitos – EsSalud Julio– diciembre 2016?</p> <p>Determinar las características del test estresante de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Julio– diciembre 2016?</p> <p>Determinar los tipos de resultados cardiotocográficos del test estresante asociados al embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Julio– diciembre 2016</p>			<p>Prueba sospechosa</p> <p>Prueba insatisfactoria</p>	<p><b>ESQUEMA:</b></p>  <p><b>LEYENDA:</b></p> <p>M= Muestra</p> <p>Ox= Observación de la variable independiente.</p> <p>Oy= Observación de la variable dependiente.</p> <p>R = relación predictiva entre las variables</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestantes con estudio cardiotocográficos</li> <li>- Gestantes con test estresante.</li> </ul> <p><b>Criterio de exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mujeres con diagnóstico de embarazo menor de 42 semanas</li> <li>- Gestación Múltiple</li> <li>-Gestantes sin estudios cardiotocográficos</li> <li>- Gestantes sin test estresante</li> </ul> <p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b></p> <p>Técnica será documental :</p> <p>Historia clínica</p> <p><b>INSTRUMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fichas de recolección de datos</li> </ul> <p><b>TECNICAS ESTADISTICAS</b></p> <p>Estadístico de prueba (SPSS v 21): Mc Nemar.</p>
---	--	--	--	--	--	---

## ANEXO N° 2

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Nombre de la variable		Y	escala	Indicadores	Categoría o valor final	Fuente	Ítem en el instrumento
Variable independiente	RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE	Cualitativa	nominal	a) Línea de base fuera de los rangos de normalidad (110-160 lpm).		Trazado del monitor fetal	II. Cuadro resumen de los resultados de las pruebas
				b) Aceleraciones	Ausentes / presentes		
				c)Variabilidad:	Ausente = 1 Mínimo(<5lpm) =2 Moderado (6-25 lpm) =3 Severa (>25 lpm) = 4		
				d) Desaceleraciones:	Ausente = 1 Desaceleraciones precoz =2 Desaceleraciones Tardías = 3 Desaceleraciones variables = 4 Desaceleraciones prolongadas = 5		
				e)Nro de Desaceleraciones:	Ausente = 1 < 50% = 2 > 50% = 3		
Variable Dependiente	Test estresante en Embarazos en vías de prolongación	Cualitativa	nominal	Diagnóstico predictivo:	Positivo /Negativo	Historia Clínica	3.1
					Sospechoso/ Insatisfactorio		
				Indicación de vía del parto.	Cesárea Parto vaginal		3.2
Variables interviniénte	Características maternas	Cuantitativa	Razón	Edad de la madre	Años		1.3
		Cuantitativa	Razón	Edad gestacional	Semanas		1.4

	<b>Características fetales</b>			Paridad	Nulípara Primípara Secundípara Multípara		
				Control Prenatal	<de 6 controles >de 6 controles		
		Cualitativa	Nominal	Apgar del RN	A l1er minuto/ A los 5 minutos		1.5
				Sexo RN	Femenino /Masculino		
				Edad Gestacional por Capurro	Examen físico del RN		
				Peso del RN	En gramos		

## ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



## “FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS”

**TITULO: Resultados cardiotocográficos del test estresante asociados con embarazos en vías de prolongación Hospital III Iquitos – EsSalud. Enero-Diciembre 2016**

**Objetivo General:** Conocer los resultados cardiotocográficos del test estresante asociados al embarazo en vías de prolongación de mujeres atendidas en el Hospital III Iquitos – EsSalud Enero – diciembre 2016

**Datos Generales**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **N° de Historia Clínica:** \_\_\_\_\_

**1. Características generales de la madre:**

- Edad: \_\_\_\_\_
- Edad gestacional: \_\_\_\_\_
- Paridad: ( ) Nulípara ( ) Primípara  
( ) Secundípara ( ) Multípara
- Control prenatal: ( ) <6 CPN ( ) ≥ 6CPN

**2. Hallazgos cardiotocográficos:**

- Línea Base: \_\_\_\_\_
- Variabilidad: \_\_\_\_\_
- Aceleraciones: \_\_\_\_\_
- Desaceleraciones: \_\_\_\_\_
- Numero de desaceleraciones: \_\_\_\_\_
- Contracciones uterinas: \_\_\_\_\_
- Resultado del test estresante: \_\_\_\_\_

**3. Resultados perinatales:**

- Sexo RN: Masculino ( ) Femenino ( )
- Peso: \_\_\_\_\_ gr
- Talla: \_\_\_\_\_ cm
- Edad gestacional por Capurro: \_\_\_\_\_
- Apgar: 1 min ( ) 5 min ( )

**4. Características del parto:**

- Tipo de parto: Vaginal ( ) Cesárea ( )
- Líquido amniótico: \_\_\_\_\_
- Presencia de circular de cordón: Si ( ) No ( )
- Comorbilidades: \_\_\_\_\_

## ANEXO N° 4

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

EXPERTO: Dr. Luis Godoy Pérez

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

OBSERVACIONES:.....

.....

Dr. Luis G. Godoy Pérez

PSICOLOGÍA

...CMP-20261...FONE. 10007...

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 06177768

TELEF. 965666571



## ANEXO N° 5

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

**EXPERTO:** Dr. Jaime Marín García

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

**OBSERVACIONES:**.....  
 .....  
 .....

.....  
 JAIME MARIN GARCÍA  
 GINECÓLOGO - OBSTETRA  
 CMP 30454 RNE 30545  
 FIRMA DEL EXPERTO  
 DNI: 054.01.913  
 TELEF: 965632645

## ANEXO N° 6

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

EXPERTO: Dr. Dante Perea Mori

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

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

  
 Dr. Dante Perea Mori  
 Ginecóloga Obstetra  
 C.M.P. N° 137 - P.O.E. 8119  
 Hospital de Queros  
 FIRMA DEL EXPERTO  
 DNI: 707025201  
 TELEF: 965890404

## ANEXO N° 7

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

EXPERTO: Lucila Vasquez Chong

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

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....  
FIRMA DEL EXPERTO

DNI:.....0144408.....

TELEF.....965670223.....

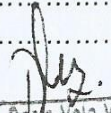
## ANEXO N° 8

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

EXPERTO: Dra. Doris Vela Valles

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

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

  
Dra. Doris Vela Valles  
RD R 04 - COP - 15697

FIRMA DEL EXPERTO

DNI:..... 05251829.....

TELEF..... 998600618

## ANEXO N° 9



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](http://www.unheval.edu.pe/postgrado)

## RESOLUCIÓN N° 0947-2016-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 Iquitos, **Laureen Alicia VELA VACALLA**, solicitando designación de Jurados Revisores del Proyecto de Tesis y nombramiento de Asesor;

## CONSIDERANDO:

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

Que, se ha solicitado a la Comisión de Grados la propuesta de una terna del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis, quienes mediante Informe S/N-2016-UNHEVAL/EPG-CG, de fecha 08.DIC.2016., remiten la designación de la Comisión correspondiente;

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

## SE RESUELVE:

- 1° **DESIGNAR** a la **Mg. Jessye RAMOS GARCÍA**, como Asesora de Tesis de la alumna en la Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, **Laureen Alicia VELA VACALLA**, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **DESIGNAR**, a los miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado: "CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS DEL TEST ESTRESANTE EN GESTANTES CON EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-JUNIO 2015" a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, **Laureen Alicia VELA VACALLA**, el mismo integrado por los siguientes docentes, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución:
 

2.1. Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
2.2. Mg. Ruth CÓRDOVA RUÍZ	Secretaria ✓
2.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal
2.4. Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES	Accesitario
- 3° **ENCARGAR**, a los docentes integrantes del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis emitir su informe dentro de los treinta días siguientes de recepcionado la presente Resolución.
- 4° **ESTABLECER**, que de no cumplir con lo indicado en el numeral 3° de la presente Resolución, automáticamente se procederá al cambio de jurado y no se considerará al docente en comisiones ni en la distribución de Carga Académica.
- 5° **DAR A CONOCER**, la presente Resolución a los miembros del jurado examinador y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

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

Distribución  
Asesor - Fólter personal  
Jurados (03)  
Interesado  
Archivo

## ANEXO N° 10



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSTGRADO

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

RESOLUCIÓN N° 0778-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 07 de marzo de 2017.

Visto los documentos:

**CONSIDERANDO:**

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

Que, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis, que tiene como jurados revisores a los siguientes docentes:

Dr. Abner Aifeo FONSECA LIVIAS	Presidente
Mg. Ruth CORDOVA RUIZ	Secretario
Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal
Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES	Accesitario

Que, con solicitudes varias los alumnos de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sección Iquitos, solicita la aprobación del proyecto de tesis para ser aprobado:

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

**SE RESUELVE:**

1° **MODIFICAR** los títulos del Proyecto de Tesis de los alumnos de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sección Iquitos.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DICE	DEBIENDO SER
1	Erick Rigoberto SÁNCHEZ HAUSEWELL	EFICIENCIA DIAGNÓSTICO DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL EN EL SUFRIMIENTO FETAL DIAGNOSTICADO EN GESTANTES REFERIDAS DEL CENTRO DE SALUD I-4 SAN JUAN AL HOSPITAL APOYO IQUITOS 2015	EFICACIA DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE SUFRIMIENTO FETAL EN GESTANTES REFERIDAS DEL C.S. SAN JUAN AL HOSPITAL APOYO IQUITOS 2016.
2	Doris VELA VALLES	RESULTADO DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL EN GESTANTES A TÉRMINO EN TRABAJO DE PARTO CON INGESTA DE OXITÓCICOS NATURALES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCÍA SETIEMBRE A NOVIEMBRE 2015	COMPLICACIONES DE LA INGESTA DE INFUSIONES HERBALES EN LA SALUD FETAL DETECTADAS POR MONITOREO ELECTRONICO FETAL INTRAPARTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA IQUITOS, OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016
3	Lucía Consuelo VELA VACALLA	TEST ESTRESANTE POSITIVO Y SU RELACION CON LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD 2015	RESULTADOS DEL TEST ESTRESANTE POR CARDIOTOCOGRAFIA Y SU RELACION CON LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN GESTANTES A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD. JULIO A DICIEMBRE DE 2016
4	Erika Mireya TRIGOZO BARBARÁN	RESULTADOS DEL APGAR NEONATAL EN RELACION AL ESTADO FETAL EVALUADO POR MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL ANTE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO 2015	RELACION DEL ESTADO FETAL ANTEPARTO EVALUADO POR MONITOREO ELECTRONICO FETAL CON RESULTADOS DEL APGAR NEONATAL EN GESTANTES DEL 36 A 41 SEMANAS HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, JULIO A DICIEMBRE 2106
5	Cristian Martín SANDOVAL NÚÑEZ	RESULTADOS DEL PERFIL BIOFISICO FETAL POR ECOGRAFIA EN LAS GESTANTES DE 32 A 40 SEMANAS EN EL CENTRO MEDICO VIRGEN ROSA MÍSTICA DE LA CIUDAD DE NAUTA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015	RELACION DE LA EDAD GESTACIONAL POR ULTRASONIDO FETAL Y LA MEDIDA DE ALTURA UTERINA EN GESTANTES DEL III TRIMESTRE CONSULTORIO MEDICO OBSTETRICO "VIRGEN ROSA MÍSTICA", NAUTA – IQUITOS, ENERO A DICIEMBRE 2016
6	Evelin Cinthia RIOS RÍOS	IMPORTANCIA DEL TEST NO ESTRESANTE NO REACTIVO PARA LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A JULIO DEL 2016	RELACION ENTRE EL TEST NO ESTRESANTE (NST) Y LA DECISION DE LA VIA DEL PARTO Y LOS RESULTADOS NEONATALES EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2016
7	Lesly TUESTA VELA	RESULTADOS NEONATALES INMEDIATOS EN EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE OLIGOHIDRAMNIOS POR ULTRASONIDO ATENDIDAS POR PARTO EN EL HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCÍA PERIODO JULIO A DICIEMBRE 2015	RESULTADOS DEL APGAR ASOCIADOS A GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE OLIGOHIDRAMNIOS POR ULTRASONOGRAFIA HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA IQUITOS 2016
8	Laureen Alicia VELA VACALLA	CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRAFICAS DEL TEST ESTRESANTE EN GESTANTES CON EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-JUNIO 2015	RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-DICIEMBRE 2016.

2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
ESCUELA DE POSTGRADO

*Dr. Abner A. Fonseca Livias*  
DIRECTOR

Distribución:  
Fólder personal-Interesado (7)-Archivo

## ANEXO N° 11



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](http://www.unheval.edu.pe/postgrado)



RESOLUCIÓN N° 0941-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 22 de marzo del 2017

Visto los documentos;

**CONSIDERANDO:**

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

Que, se designó el jurado examinador del Proyecto de Tesis, que tiene como jurados revisores a los siguientes docentes:

Dr. Abner Alfeo FONSECA LIVIAS	Presidente
Mg. Ruth CORDOVA RUIZ	Secretario
Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal
Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES	Accesorio

Que, con solicitudes varias los alumnos de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sección Iquitos, solicita la aprobación del proyecto de tesis para ser aprobado:

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

**SE RESUELVE:**

1° **APROBAR** los Proyectos de Tesis de las alumnas de la Segunda Especialidad en Salud "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes en Obstetricia" – sección Iquitos.

1	Erick Rigoberto SÁNCHEZ HAUSEWELL	EFICACIA DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE SUFRIMIENTO FETAL EN GESTANTES REFERIDAS DEL C.S. SAN JUAN AL HOSPITAL APOYO IQUITOS 2016.
2	Doris VELA VALLES	COMPLICACIONES DE LA INGESTA DE INFUSIONES HERBALES EN LA SALUD FETAL DETECTADAS POR MONITOREO ELECTRONICO FETAL INTRAPARTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA, IQUITOS, OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2016
3	Lucia Consuelo VELA VACALLA	RESULTADOS DEL TEST ESTRESANTE POR CARDIOTOCOGRAFIA Y SU RELACION CON LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN GESTANTES A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD, JULIO A DICIEMBRE DE 2016.
4	Erika Mireya TRIGOZO BARBARÁN	RELACION DEL ESTADO FETAL ANTEPARTO EVALUADO POR MONITOREO ELECTRONICO FETAL CON RESULTADOS DEL APGAR NEONATAL EN GESTANTES DEL 36 A 41 SEMANAS. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, JULIO A DICIEMBRE 2106.
5	Cristian Martin SANDOVAL NUÑEZ	RELACION DE LA EDAD GESTACIONAL POR ULTRASONIDO FETAL Y LA MEDIDA DE ALTURA UTERINA EN GESTANTES DEL III TRIMESTRE. CONSULTORIO MEDICO OBSTETRICO "VIRGEN ROSA MISTICA", NAUTA – IQUITOS, ENERO A DICIEMBRE 2016.
6	Evelin Cinthia RÍOS RÍOS	RELACION ENTRE EL TEST NO ESTRESANTE (NST) Y LA DECISION DE LA VIA DEL PARTO Y LOS RESULTADOS NEONATALES EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2016.
7	Lesly TUESTA VELA	RESULTADOS DEL APGAR ASOCIADOS A GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE OLIGOHDRAMNIOS POR ULTRASONOGRAFIA, HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA, IQUITOS 2016.
8	Laureen Alicia VELA VACALLA	RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VIAS DE PROLONGACION HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-DICIEMBRE 2016

2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el libro correspondiente, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 22.MARZO.2017.

3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a las interesadas

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN  
ESCUELA DE POSTGRADO

*Erasm*  
Dr. Erasmo SANTILLAN OLIVA  
Director (e)

Distribución:  
Folider personal-Interesado (06)-Archivo

## ANEXO N° 12



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

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

RESOLUCIÓN N° 01285-2017-UNHEVAL/EPG-D

Vistos,

Cayhuayna, 25 de abril del 2017.

## 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 Resolución N° 0947-2016-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 15.DIC.16. Se designó a los miembros del Jurado Examinador del Proyecto de Tesis titulado: "CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS DEL TEST ESTRESANTE EN GESTANTES CON EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-JUNIO 2016", el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Abner FONSECA LIVIAS, Presidente; Mg. Ruth CORDOVA RUIZ, Secretaria; Mg. Mariela Karina HUAMAN NORABUENA, Vocal; Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES, Accesitaria;

Que, con la Resolución N° 0941-2017-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 22.MAR.17, se aprobó el Proyecto de Tesis titulado: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-DICIEMBRE 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos, Laureen Alicia VELA VACALLA;

Que, con la Solicitud N° 0353354, de 24.ABRIL.17, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos Laureen Alicia VELA VACALLA; 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: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-DICIEMBRE 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sección Iquitos Laureen Alicia VELA VACALLA; el mismo integrado por los siguientes docentes, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
 

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

Regístrese, comuníquese y archívese,

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

## Distribución:

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



## ANEXO N° 13



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

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

## RESOLUCIÓN N° 01316-2017-UNHEVAL/EPG-D

Cayhuayna, 27 de abril de 2017.

Visto, los documentos en (05) folios;

## CONSIDERANDO:

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

Que, con la Resolución N° 01285-2017-UNHEVAL/EPG-D, de fecha 25.ABR.17, se designó a los miembros del Jurado Examinador del Informe de Borrador de Tesis Titulada: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-DICIEMBRE 2016" el mismo integrado por los siguientes docentes: Dr. Abner FONSECA LIVIAS, Presidente; Mg. Ruth CÓRDOVA RUÍZ, Secretario; Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA, Vocal; Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES, Accesorario;

Que, con la Solicitud N° 0353942, de fecha 26.ABR.2017, la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" – sede Iquitos, **Laureen Alicia VELA VACALLA**, 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;

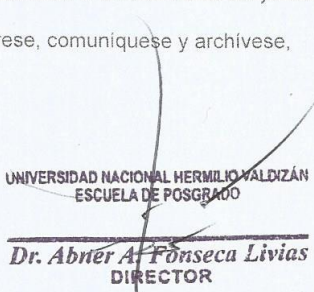
Estando a las atribuciones conferidas al Director de la Escuela de Posgrado por la Ley Universitaria N° 30220, por el Estatuto de la UNHEVAL y por el Reglamento de la Escuela de Posgrado de la UNHEVAL;

## SE RESUELVE:

- 1° **FIJAR** fecha y hora de sustentación de la tesis titulada: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-DICIEMBRE 2016", a cargo de la alumna en Segunda Especialidad en "Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia" - sede Iquitos, **Laureen Alicia VELA VACALLA**, para el día domingo **30.ABRIL.2017**, a las **12:00 horas.**, en el Auditorium del Hospital Regional de Loreto. Sito en la Av. 28 de Julio S/N Punchana, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **DESIGNAR** como miembros del jurado que está integrado por los siguientes docentes:
 

2.1. Dr. Abner FONSECA LIVIAS	Presidente
2.2. Mg. Ruth CÓRDOVA RUÍZ	Secretaria
2.3. Mg. Mariela Karina HUAMÁN NORABUENA	Vocal
2.4. Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES	Accesitaria
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los miembros del jurado y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese,

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
ESCUELA DE POSGRADO

  
Dr. Abner A. Fonseca Livias  
DIRECTOR

Distribución  
Fólder personal  
Jurados (02)  
Interesada  
Archivo

## ANEXO N° 14



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V Block "A" 2do. Piso - Cayhuayna  
Teléfono 514760

## ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE ESPECIALISTA

En el Auditorium del Hospital Regional de Loreto. Sito en la Av. 28 de Julio S/N Punchana, Iquitos, siendo las **12:00 h.**, del día domingo **30.ABRIL.2017**, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

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

La aspirante al Título de Especialista en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia, Doña, Laureen Alicia VELA VACALLA.

## Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "RESULTADOS CARDIOTOCOGRAFICOS DEL TEST ESTRESANTE ASOCIADOS CON EMBARAZOS EN VÍAS DE PROLONGACIÓN HOSPITAL III IQUITOS – ESSALUD ENERO-DICIEMBRE 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 dieciseis (16)

Equivalente a Aprobado, por lo que se recomienda .....  
(Aprobado ó desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Iquitos, siendo las 12:50 horas del 30 de abril de 2017.

.....  
PRESIDENTE  
DNI N° 22492906

.....  
SECRETARIA  
DNI N° 22520276

.....  
VOCAL  
DNI N° 22495878

## NOTA BIOGRAFICA

### DATOS GENERALES:

#### Apellidos y Nombres:

Vela Vacalla Laureen Alicia

#### DNI:

05415450

#### Fecha nacimiento:

19 de octubre 1977

#### Teléfono / celular:

065-26-9002 / 959824730

#### Correo electrónico:

[alicdieg@yahoo.com](mailto:alicdieg@yahoo.com)

### ESTUDIOS:

#### CENTRO EDUCATIVO DE LOS ESTUDIOS PRIMARIOS:

Institución Educativa Primaria N° 60059 Antonio Raymondi

1983 - 1988

#### CENTRO EDUCATIVO DE LOS ESTUDIOS SECUNDARIOS:

Centro Educativo Colegio Nacional de Iquitos (C.N.I.)

1989 - 1993

#### CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES:

Estudió la Carrera de Obstetricia: En la Escuela académica profesional de obstetricia de la Facultad de ciencias de la salud en la Universidad Particular de Iquitos.

1994 – 1998

#### SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN:

Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” Escuela de Post Grado.

Mayo 2014 – Noviembre 2015

**GRADOS Y TITULOS:**

Grado de Bachiller en Obstetricia: Abril

Universidad: Universidad Particular de Iquitos.

Año: 1999

Título: Licenciada en Obstetricia otorgado por la Universidad Particular de Iquitos en mayo de 1999.

**OTROS ESTUDIOS:**

Maestría: Salud Familiar y Comunitaria en la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana 2007 – 2009

Otros estudios: Resertificación en obstetricia Lima 20 – 27 noviembre 2014.

Diplomado: Emergencias obstétricas y perinatales en la Universidad Ricardo Palma 2005.

Estimulación Temprana y Psicoprofilaxis Obstétrica en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega 2010.

**CENTRO LABORAL ACTUAL – CARGO:**

Centro de Salud IV Bellavista Nanay – Coordinadora del programa de salud sexual y reproductiva: planificación familiar.

Iquitos, Mayo 2017