



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS
CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN
DE PORRES; MACUSANI 2024**

PRESENTADO POR:

XIOMARA VILCA APAZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS**

JULIACA – PERÚ

2026



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS
CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN
DE PORRES; MACUSANI 2024**

PRESENTADO POR:

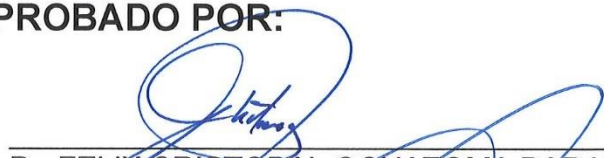
XIOMARA VILCA APAZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS**

APROBADO POR:

PRESIDENTE

:


Dr. FELIX CRISTOBAL OCHATOMA PARAVICINO

PRIMER MIEMBRO

:


Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA

SEGUNDO MIEMBRO

:


M.Sc. JULIO CESAR CHUCUYA ZAGA

ASESOR DE TESIS

:


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04



TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

ESCUELA DE POSGRADO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 037 - 2026-D-SEP-EPG-UANCV/J

Juliaca, 10 de febrero del 2026

VISTOS:

El expediente N° 2026-C-8910, presentado por el (la) Egresado (a), **VILCA APAZA XIOMARA**, quien solicita nominación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Egresado (a), **VILCA APAZA XIOMARA** con DNI. **70465092**, con número de matrícula **1720100304**, ha solicitado asignación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico titulada: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024** para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez";

Que, de conformidad con lo previsto en el artículo 18° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, **Comité de Investigación**;

Que, mediante **Resolución Directoral N°253-2025-SEP-EPG/UANCV SE APRUEBA Y AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) con Resolución Directoral N° 515-2025-SEP-EPG/UANCV se APRUEBA Y AUTORIZA EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN** titulada: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024** la misma que pertenece a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04**;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos en su artículo 28° **DE LA SUSTENTACIÓN**.

Y estando, la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y el Director de la Escuela de Posgrado mediante acta de sorteo de jurado, con registro N° **0000172** de fecha 06 febrero del 2026 se nombra jurados de tesis conforme a lo detallado en el acta.

Que, conforme al Artículo 66° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación científica original de la actualidad y de alto valor científico; en uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR APTO para la Sustentación Presencial del informe final de la investigación (Trabajo Académico), del (a) Egresado (a), **VILCA APAZA XIOMARA**, para optar el título de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS para la sustentación presencial y defensa del Trabajo Académico a los siguientes docentes ordinarios:

Presidente	: Dr. FELIX CRISTOBAL OCHATOMA PARAVICINO
Primer Miembro	: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
Segundo Miembro	: M.S.c. JULIO CESAR CHUCUYA ZAGA
Asesor	: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ARTÍCULO TERCERO. - El proceso de la Sustentación del Trabajo Académico en mención, se llevará a cabo:

Fecha	: Jueves, 12 de febrero del 2026
Hora	: 08:30 a.m.
Local	: Aula N° 207 – CC3 SEGUNDO PISO - UANCV

ARTÍCULO CUARTO. - El Director de la Escuela de Posgrado queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Enrique Eleuterio Zuñiga Medina
DIRECTOR (a)

Cu/Invest. 01/1



TESIS UANCV

UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

ESCUELA DE POSGRADO



VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 515-2025-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 05 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° **2025-4951**, el (la) egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA** con DNI N° **70465092** código de matrícula N° **1720100304** quien solicita Revisión de Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**); acorde al Informe N° **1564-2025-UI-EPG-UANCV** y el Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**) de fecha **28 de octubre del 2025**, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de Investigación Científica, Tecnológica y Humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N° **2025-4951** el (la) egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA** solicita la revisión y aprobación del Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**) titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024** Línea de Investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04** para optar el Título de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**.

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R,

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** al Informe Final de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**).

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró el asesoramiento en el Informe Final de la Investigación (**Trabajo Académico**) del **ASESOR (A): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 1564-2025-UI-EPG-UANCV** y el Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**) en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN**, Titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024** presentado por el (la) Egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA** en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RATIFICAR, como **ASESOR(a): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Javier Rómulo Quispe Zapana
DIRECTOR (a)

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 253-2025-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 14 de octubre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° **2025-4958**, del (la) egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA** con DNI N° **70465092** código de matrícula N° **1720100304**, quien solicita **cambio del ASESOR** de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**), Titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024** con Línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04**, para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez".

CONSIDERANDO:

Que, el (la) Egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA**, quien solicita el **CAMBIO DEL ASESOR** de la Propuesta de Investigación (**TRABAJO ACADÉMICO**), de la **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 296-2025-SEP-EPG-D/UANCV**, en el que se le asignó como **ASESOR** al (a) Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA, el mismo que se cambia por **no tener vínculo laboral** con la UANCV;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R;

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** de la Propuesta de Investigación (**TRABAJO ACADÉMICO**);

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró el asesoramiento de la Propuesta de Investigación (**Trabajo Académico**) del **ASESOR (A): Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**; y

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 947-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (02) Ficha de Opinión de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado;

En uso de las atribuciones a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – ACEPTAR EL CAMBIO DEL ASESOR de la **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 296-2025-SEP-EPG-D/UANCV**, de la **Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)**, Titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024** presentado por el (la) Egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. – RECONOCER como **ASESOR** al (a) **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**.

ARTÍCULO TERCERO. – RATIFICAR LA APROBACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO), para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** con Línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04**.

ARTÍCULO CUARTO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.


UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Javier Romulo Quispe Zapana
DIRECTOR (e)



TESIS UANCV

UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 296-2025-SEP-EPG-D/UANCV

Juliaca, 02 de setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025-C-2356, de fecha 19 de agosto del 2025, presentado por el (la) Egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA**, con DNI N° 70465092, código de matrícula N° 1720100304, quien solicita Revisión de Propuesta de Trabajo Académico, acorde al **INFORME N° 947-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (02) Ficha de Opinión a la Propuesta del Trabajo Académico** fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N° 2025-C-2356, el (la) Egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA**, solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Trabajo Académico Titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024** Línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04**, para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**.

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** a la Propuesta del Trabajo Académico.

Que, el director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró la propuesta del **ASESOR** el (la) **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA**, quien debe estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración de la Propuesta de investigación de acuerdo a la **DIRECTIVA N° 004-2019-UANCV-VRAD-OI**; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N° 947-2025-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (02) "Ficha de Opinión a la Propuesta del Trabajo Académico"** en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo del Trabajo Académico Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO ACADÉMICO Titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024**, presentado por el (la) Egresado (a): **VILCA APAZA XIOMARA**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RECONOCER, como **ASESOR** el (la) **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA**.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, la Secretaría Académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DIRECCIÓN EPG, INTERESADO.
ARCH./SEP



XIOMARA VILCA APAZA

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPI...

 Trabajos de Maestria para Repositorio 2026

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::13016:594489014

Fecha de entrega

25 may 2026, 10:04 GMT-5

Fecha de descarga

25 may 2026, 11:13 GMT-5

Nombre del archivo

T036_70465092_S.docx

Tamaño del archivo

16.8 MB

112 páginas

15.217 palabras

90.540 caracteres



TESIS UANCV

21% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 18%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios

TÍTULO	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	XIOMARA VILCA APAZA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70465092
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-9637-9943
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y Apellidos	FELIX CRISTOBAL OCHATOMA PARAVICINO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02436114
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0655-8198
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02419543
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4793-9053



Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	JULIO CESAR CHUCUYA ZAGA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01328442
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4470-5240
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Dirección: HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: CARABAYA Distrito: MACUSANI -14.0659513, -70.4163014 URL Maps https://maps.app.goo.gl/e4fyxqw2dSqsy5CV7 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2024 - 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02

UNIVERSIDAD ANDINA "HÉCTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADOM.Sc. Julio C. Chucuya Zaga
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG.



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo XIOMARA VILCA APAZA, identificado con DNI
Nro. 70465092, en mi condición de egresado de:

- ☐ Escuela Profesional
☒ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS

informo que he elaborado el/la ☐ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☒ Trabajo Académico
denominada:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE
PORRES; MACUSANI 2024

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Es un tema original.

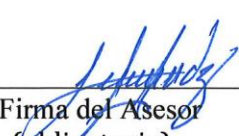
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 22 de ABRIL del 2026


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, por concederme la fortaleza, la salud y la sabiduría necesarias para culminar esta etapa tan significativa de mi vida.

A mi familia, por su apoyo incondicional, su amor constante y por ser el pilar que me impulsó a perseverar ante cada desafío.

A mis amigos y colegas, quienes me acompañaron en cada momento de este proceso, ofreciéndome su ánimo, comprensión y entusiasmo.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, institución que me brindó el valioso sentido de pertenencia durante la realización de mi segunda especialidad en Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas.

A todas las gestantes del Hospital San Martín de Porres, Macusani, que son el verdadero motor de este estudio. A todas aquellas mujeres que enfrentan con valentía los desafíos de la maternidad, y cuyo bienestar y salud son el centro de nuestra preocupación y labor profesional.



ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título	1
1.1.1. Institución	1
1.1.2. Duración.....	1
1.2. Descripción del problema	1
1.3. Justificación	4

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. Objetivo general	7
2.2. Objetivos específicos.	7

CAPITULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Marco teórico	8
3.2. Marco referencial.....	19



3.2.1. Antecedentes internacionales	19
3.2.2. Antecedentes nacionales	24
3.2.3. Antecedentes locales	30
3.3. MARCO CONCEPTUAL.....	36

CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1. Metodología.....	38
4.1.1 Método aplicado a la investigación	38
4.1.2 Diseño de la investigación	38
4.1.3 Población	39
4.1.4 Muestra	39
4.1.5 Técnica, instrumento y fuente de recolección de datos	39
4.1.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	40
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	76



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Signos de sufrimiento fetal agudo en gestantes del hospital san martin de porres, macusani 2024.	41
Tabla 2.	Tipo de liquido amniótico en gestantes del hospital san martin de porres, macusani 2024	44
Tabla 3.	Puntaje de apgar al primer minuto en recién nacidos de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024. .	47
Tabla 4.	Puntaje de apgar a los cinco minutos en recién nacidos de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024.	50
Tabla 5.	Edad gestacional en los casos de sufrimiento fetal de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024. .	53
Tabla 6.	Paridad en los casos de sufrimiento fetal de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024.	56
Tabla 7.	Tipo de inicio de trabajo de parto en los casos de sufrimiento fetal de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024.	59
Tabla 8.	Vía de finalización de parto en los casos de sufrimiento fetal de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024.	62
Tabla 9.	Resultados de sufrimiento fetal agudo en gestantes del hospital san martin de porres, macusani 2024.	65



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Signos de sufrimiento fetal agudo en gestantes del hospital san martin de porres, macusani 2024	42
Figura 2. Tipo de liquido amniótico en gestantes del hospital san martin de porres, macusani 2024.	45
Figura 3. Puntaje de apgar al primer minuto en recién nacidos de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024....	48
Figura 4. Puntaje de apgar a los cinco minutos en recién nacidos de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024.	51
Figura 5. Edad gestacional en los casos de sufrimiento fetal de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024. ..	54
Figura 6. Paridad en los casos de sufrimiento fetal de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024.	57
Figura 7. Tipo de inicio de trabajo de parto en los casos de sufrimiento fetal de gestantes atendidas en el hospital san martín de porres, macusani, 2024.	60
Figura 8. Relación de las vía de finalización de parto y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes del hospital san martin de porres, macusani 2024	63
Figura 9. Resultados de sufrimiento fetal agudo en gestantes del hospital san martin de porres, macusani 2024.	65



RESUMEN

El objetivo: Describir las características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani 2024. **Material y métodos:** Estudio de tipo básico de nivel descriptivo con un diseño no experimental transversal, de enfoque cuantitativo. Técnica de análisis documental y de instrumento ficha de recolección de datos. Muestra de 58 pacientes. **Resultados:** Se describieron las características clínicas, obstétricas y los resultados neonatales de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani, en 2024. En cuanto a las características clínicas, el signo predominante fue la bradicardia fetal, presente en el 88% de los casos, y el tipo de líquido amniótico más frecuente fue meconial (56,9%). Respecto al puntaje de Apgar, al minuto el 48,3% de los recién nacidos obtuvo entre 4 y 6 puntos, mientras que a los 5 minutos el 55,2% alcanzó entre 7 y 10 puntos. En relación con las características obstétricas, el 86,3% de las gestantes se encontraban a término (37 a 41 semanas), el 56,9% eran primíparas, el 81% presentó parto espontáneo y el 81,1% fue sometida a cesárea. Finalmente, se observó que el 93.1% de los neonatos nacieron vivos y el 6.9% fallecieron. **Conclusión:** Se describieron las características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes, observándose que la mayoría de los neonatos nacieron vivos, mientras que el 16,6% fallecieron.

Palabras clave: Características clínicas, casos, obstétricas y sufrimiento fetal agudo.



ABSTRACT

English: Objective: To describe the clinical and obstetric characteristics of cases of acute fetal distress in pregnant women treated at the San Martín de Porres Hospital, Macusani 2024. **Material and methods:** Basic type study at a descriptive level with a non-experimental cross-sectional design, with a quantitative approach. Documentary analysis technique and data collection form instrument. Sample of 58g patients. **Results:** The clinical, obstetric characteristics and neonatal outcomes of cases of acute fetal distress in pregnant women treated at the San Martín de Porres Hospital, Macusani, in 2024 were described. Regarding the clinical characteristics, the predominant sign was fetal bradycardia, present in 88% of cases, and the most frequent type of amniotic fluid was meconium (56.9%). Regarding the Apgar score, at one minute, 48.3% of newborns obtained between 4 and 6 points, while at five minutes, 55.2% reached between 7 and 10 points. Regarding obstetric characteristics, 86.3% of pregnant women were at term (37 to 41 weeks), 56.9% were primiparous, 81% presented spontaneous labor, and 81.1% underwent cesarean section. Finally, it was observed that 93.1% of newborns were born alive and 6.9% died. **Conclusion:** The clinical and obstetric characteristics of cases of acute fetal distress in pregnant women were described. It was observed that the majority of newborns were born alive, while 6.9% died.

Keywords: Clinical features, cases, obstetrics and acute fetal distress.



INTRODUCCIÓN

El sufrimiento fetal constituye un problema relevante de la salud pública contemporánea, debido a que las alteraciones que se presentan durante el período perinatal pueden afectar de manera significativa la supervivencia, la calidad de vida y el desarrollo futuro del recién nacido. En este contexto, el sufrimiento fetal agudo se configura como una de las complicaciones obstétricas de mayor importancia, al evidenciar una alteración súbita del bienestar fetal asociada a un compromiso en el intercambio de oxígeno y nutrientes. Su aparición representa un desafío prioritario para los servicios de salud, ya que requiere una identificación oportuna y una intervención inmediata y coordinada por parte del equipo de salud, con la finalidad de disminuir la morbilidad perinatal. (1)

La relevancia científica del estudio sobre el sufrimiento fetal agudo radica en su elevada frecuencia y en la gravedad de sus consecuencias, que pueden ir desde alteraciones neurológicas y secuelas funcionales permanentes hasta la muerte perinatal. En el ámbito clínico, su detección temprana continúa siendo un desafío debido a la variabilidad de sus manifestaciones y a la compleja interacción de factores etiológicos que condicionan su aparición, lo que exige una evaluación rigurosa y de alta precisión profesional (2) (3).

La presente tesis está estructurada con el siguiente contenido: Capítulo I: El aspecto general, objetivo del estudio, hipótesis, variables, Operación de variables. Capítulo II: Marco teórico, sus antecedentes. Capítulo III: Procesos de la metodología, Capítulo IV: Resultados y discusión, conclusiones, recomendaciones.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título

“Características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes del hospital San Martin de Porres, Macusani 2024”

1.1.1. Institución

Hospital San Martin de Porres, Macusani

1.1.2. Duración

Se comenzó : enero 2024

Fecha de termino: diciembre 2024

Responsable : Xiomara Vilca Apaza

1.2. Descripción del problema

A nivel internacional

En el ámbito internacional, el sufrimiento fetal, presentada principalmente como hipoxia perinatal, persiste como una de las complicaciones más significativas vinculadas a la morbilidad y mortalidad del neonato. De acuerdo con cifras de la de la OMS en el transcurso anual de 2022 se documentaron cerca de 2,3 millones de fallecimientos neonatales durante el primer mes de vida, siendo las perturbaciones derivadas de insuficiencia de oxígeno gestacional, incluyendo la aflicción fetal aguda, responsables de una porción



sustancial de defunciones y de secuelas del sistema nervioso graves en recién nacidos. Esta realidad pone de manifiesto la necesidad urgente de medidas preventivas, supervisión perinatal avanzada y guías clínicas respaldadas por evidencia para reducir el peso de mortalidad e incapacidad relacionada. Se calcula que, a nivel global, alrededor del 23 % de las muertes neonatales están asociadas a episodios de asfixia durante el nacimiento, especialmente estados de recursos económicos moderados y escasos, la frecuencia de aflicción fetal aguda es notablemente más alta en relación con las áreas de altos recursos, reflejando brechas sostenidas en la accesibilidad y el nivel de la asistencia sanitaria. Estas cifras destacan la apremiante necesidad de reforzar los sistemas de atención obstétrica y neonatal por medio de aproximaciones integrales que abarquen preparación continua del personal de salud, mejora de recursos clínicos y la adopción de protocolos basados en pruebas científicas, con el objetivo de impedir complicaciones en el periodo perinatal y elevar los resultados neonatales perinatales, particularmente en contextos vulnerables donde los recursos y el acceso a tecnologías especializadas continúan siendo limitados. (4)

A nivel nacional

En el contexto peruano, para el año 2022 se registró territorios de ingresos intermedios y reducidos, la prevalencia de estrés fetal agudo resulta significativamente superior comparada con las regiones de recursos elevados, manifestando inequidades persistentes en el acceso y la calidad del cuidado sanitario. Estos datos resaltan la imperiosa exigencia de consolidar los sistemas de atención obstétrica y neonatal mediante estrategias integrales que incluyan educación continua del personal médico,



potenciación de recursos asistenciales y la implementación de guías respaldadas por evidencia, con el propósito de prevenir complicaciones perinatales y mejorar los desenlaces en neonatos. Las regiones amazónicas y altoandinas, incluyendo Puno, concentran cerca del 35% de los casos, reflejando un mayor riesgo asociado a las barreras geográficas y socioeconómicas. (5)

A nivel nacional, se reportó que el 18% de los neonatos en los cuales se constató el sufrimiento fetal agudo, una parte significativa exhibió afectaciones neurales inmediatas o demandó la aplicación de auxilio ventilatorio en el servicio de cuidados intensivos neonatales, lo que demuestra la severidad sanitaria del problema y la exigencia de medidas oportunas y especializadas para mitigar daños en el corto y mediano plazo. Este panorama evidencia la necesidad de fortalecer los protocolos de tamizaje y la preparación continua del equipo sanitario en la identificación anticipada y el manejo adecuado de la aflicción fetal aguda representa un componente crucial para optimizar el cuidado durante el periodo perinatal y minimizar amenazas de afectaciones y secuelas en neonatos. (6)

A nivel local

la región Puno, las estadísticas oficiales del año 2023 muestran que el 14% de los partos institucionales estuvieron asociados a signos de sufrimiento fetal agudo, superando el promedio nacional. De estos casos, el 24% requirió intervención obstétrica de emergencia, como cesárea o parto instrumentado, y un 12% de los recién nacidos afectados presentó asfixia moderada o La alteración médica resulta particularmente grave durante las primeras horas



de existencia. Se ha constatado que la mortalidad en el recién nacido asociada a la aflicción fetal aguda alcanzó un nivel de 6,2 por cada 1 000 infantes nacidos vivos, traspasando los estándares del país establecidos. Elementos territoriales desfavorables, la dispersión de la población y las carencias en la disponibilidad de instrumentos de monitorización fetal influyen de forma decisiva en la permanencia y dimensión del problema en este escenario regional, exacerbando la vulnerabilidad de los neonatos y subrayando la urgencia de estrategias de vigilancia perinatal más robustas y focalizadas (7)

1.3. JUSTIFICACIÓN

TEÓRICO

Desde una perspectiva teórica, este trabajo contribuye a expandir el saber científico acerca de los factores médicos, obstétricos y socioambientales que favorecen o acompañan la emergencia del sufrimiento fetal agudo, facilitando la contrastación de la realidad territorial con hallazgos a nivel mundial y enriqueciendo la documentación especializada con evidencia situada. Abordar esta cuestión mediante una aproximación analítica actualizada permite no únicamente revisar, complementar o validar marcos teóricos y modelos establecidos sobre la fisiopatología y la gestión clínica de esta afección, sino también reconocer brechas en el conocimiento, proponer estrategias de actuación más específicas y fundamentar la elaboración de guías y normativas clínicas adaptadas al contexto regional. Así, se fortalece el cimiento conceptual y metodológico para estudios posteriores y se fomenta



la generación de conocimiento que ayude a optimizar el cuidado perinatal y reducir la enfermedad y fallecimientos asociados.

PRÁCTICO

Los hallazgos derivados del estudio pueden orientar la actualización y optimización de protocolos de diagnóstico y manejo, fortalecer la capacidad resolutoria del personal sanitario, e identificar grupos de riesgo en quienes se requiere una vigilancia obstétrica más rigurosa. Igualmente, los hallazgos del análisis ofrecen elementos clave para el diseño de medidas preventivas, iniciativas formativas y capacitaciones orientadas tanto a personal médico como a mujeres embarazadas y sus familias. La implementación exitosa de estas acciones podría traducirse en la merma de complicaciones perinatales, la optimización del bienestar materno y neonatal, así como en la mitigación de la carga asistencial, social y económica procedente de la aflicción fetal aguda, favoreciendo un tratamiento integral y basado en evidencia de esta entidad.

METODOLOGÍA

Tomando una concepto de un ámbito metodológica, la indagación se fundamenta en un enfoque descriptiva, el cual posibilita trazar de forma detallada y situada las características médicas, obstétricas y de la población de los casos de aflicción fetal aguda en el grupo bajo investigación, habilitando así un análisis sistemático de configuraciones, frecuencias y factores vinculados significativos para la práctica asistencial y el diseño de intervenciones durante el periodo perinatal. donde se da una aproximación resulta adecuada y pertinente, ya que permite identificar patrones



epidemiológicos, analizar factores asociados y establecer comparaciones con otros contextos nacionales e internacionales. Además, la utilización de datos recientes y de igual modo, el rigor en la obtención y el tratamiento de la información asegura la validez interna y la transferibilidad externa de los descubrimientos, ofreciendo pruebas consistentes que respaldan la construcción de tácticas de mejoramiento en políticas públicas y en la administración de los servicios de salud a escala regional, aportando de forma considerable al fortalecimiento de la asistencia perinatal fundamentada en evidencia



CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

OG. - Describir las características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani 2024.

2.2. Objetivos específicos.

OE 1.- Identificar las características clínicas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres.

OE 2.- Precisar las características obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres.

PE 3.- Identificar los resultados del sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres.



CAPITULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. MARCO TEÓRICO

3.1.1. Características clínicas y obstétricas

La exploración exhaustiva de las particularidades médicas y obstétricas se configura como un elemento esencial para comprender la presentación, desarrollo y pronóstico del estrés fetal agudo a lo largo del trabajo de alumbramiento y durante la actuación obstétrica misma. La evaluación de estas dimensiones no solo posibilita la detección temprana de condiciones de riesgo y señales de alarma, sino que igualmente orienta el proceso de toma de decisiones clínicas y la selección de estrategias de intervención, con el objetivo de aminorar la morbilidad y mortalidad perinatal y potenciar los desenlaces neonatales. El abordaje integral de estas características es indispensable en contextos de alta vulnerabilidad, donde la adecuada identificación y gestión de los factores asociados pueden marcar la diferencia entre un desenlace favorable y la presencia de complicaciones graves en el recién nacido. (8)



3.1.1.1. Características clínicas

Las características clínicas del sufrimiento fetal agudo comprenden una serie de manifestaciones observables tanto en la madre como en el feto, que orientan al equipo de salud hacia el diagnóstico y la intervención temprana. Estas particularidades incluyen la evaluación detallada de los indicadores vitales del feto, el examen del fluido amniótico, la supervisión cardiotocográfica y la valoración del estado del recién nacido a través del índice de Apgar, junto con otros marcadores clínicos y bioquímicos relevantes. La interpretación rigurosa y situada de estos parámetros resulta fundamental para el reconocimiento anticipado del compromiso fetal, posibilitando la aplicación de acciones correctivas inmediatas que mejoren la oxigenación y el bienestar del producto gestacional. De igual modo, la integración de esta información con el historial materno, circunstancias obstétricas y elementos de riesgo durante el periodo perinatal permite configurar tácticas de manejo personalizadas, favoreciendo la conservación de la salud del binomio materno-infantil y la disminución de morbilidad y mortalidad perinatal, consolidando la práctica respaldada por evidencia en el contexto clínico.(9)

3.1.1.1.1. Signos de sufrimiento fetal agudo

Entre los marcadores principales de la aflicción fetal aguda se destacan la disminución cardíaca fetal, el aumento cardíaco fetal y la reducción o pérdida de la oscilación en la frecuencia cardíaca del producto. La bradicardia fetal, definida por un ritmo cardíaco persistente inferior a 110 latidos por minuto durante un lapso que excede los 10 minutos, se relaciona frecuentemente con privación de oxígeno aguda y representa un indicador médico de máxima



advertencia, cuyo hallazgo preciso demanda la ejecución inmediata de intervenciones obstétricas enfocadas a preservar el equilibrio fisiológico y el bienestar del feto. En lo concerniente a la taquicardia fetal, descrita como una frecuencia de latidos superior a 160 pulsaciones por minuto, su presencia puede reflejar cuadros de proceso infeccioso materno, fiebre, aplicación de fármacos particulares o, en determinados contextos, hipoxia en fase de compensación. Este indicador constituye un signo clínico relevante que requiere apreciación contextualizada, dado que su análisis adecuado permite diferenciar entre respuestas fisiológicas adaptativas y escenarios de amenaza para el producto gestacional que demandan intervención oportuna. Las pérdidas de variabilidad, caracterizadas por una disminución en las oscilaciones normales de las repeticiones de las pulsaciones de cardio que genera el feto, reflejan alteraciones en la regulación autonómica y suelen estar presentes en situaciones de compromiso severo. La detección de estos signos a través del monitoreo electrónico fetal intraparto constituye una herramienta invaluable para la prevención de desenlaces adversos y la protección del bienestar fetal. (10)

3.1.1.1.2. Tipo de líquido amniótico

La apreciación cualitativa del fluido que rodea al feto durante el periodo del parto proporciona información fundamental sobre la situación fisiológica del producto gestacional y la posible aparición de aflicción fetal aguda. La observación de fluido amniótico cristalino se vincula, en términos habituales, con condiciones del feto normales y adecuada provisión de oxígeno, representando un marcador de bienestar del producto que direcciona la toma



de determinaciones médicas y la urgencia de intervenciones obstétricas suplementarias. Sin embargo, la aparición de líquido meconial, caracterizado por una coloración verdosa o marrón, es uno de los indicadores más frecuentes de sufrimiento fetal agudo y puede señalar hipoxia intrauterina, desencadenando respuestas defensivas como la evacuación de meconio en el útero. Por otra parte, el líquido amniótico hemático, que presenta tonalidades rojizas, puede estar relacionado con complicaciones como desprendimiento prematuro de placenta o traumatismos durante el parto. La identificación y correcta interpretación de estos hallazgos permite al equipo asistencial anticipar riesgos y tomar decisiones clínicas oportunas para proteger la vida del feto y la madre. (11)

3.1.1.1.3. Apgar al minuto

El score de Apgar al minuto inicial de vida constituye un recurso de evaluación inmediata del estado médico del neonato tras el parto. Esta graduación analiza cinco aspectos fundamentales: frecuencia de latidos, esfuerzo para respirar, vigor muscular, respuesta de reflejos y coloración dérmica, permitiendo una valoración expedita y objetiva del bienestar del recién nacido y facilitando el reconocimiento precoz de situaciones que requieran intervención inmediata para optimizar la transición fisiológica extrauterina permite clasificar la condición del neonato y orientar las primeras acciones de reanimación si fueran necesarias. Un Apgar menor a 4 indica depresión severa y alto riesgo vital, mientras que valores entre 4 y 7 sugieren compromiso moderado que requiere vigilancia y posible intervención. Por su parte, un Apgar de 7 a 10 puntos se considera dentro del rango normal, reflejando un buen estado de adaptación

neonatal. La aplicación sistemática de este instrumento resulta esencial en escenarios donde se sospecha sufrimiento fetal agudo, ya que facilita la identificación inmediata de recién nacidos en riesgo y la activación de protocolos de respuesta rápida. (12)

3.1.1.1.4. Apgar a los 5 minutos

El establecimiento del score de Apgar a los cinco minutos posteriores al nacimiento constituye un añadido esencial a la evaluación primaria, posibilitando la vigilancia de la evolución médica del neonato tras las actuaciones urgentes y la valoración de la reacción adaptativa a los estímulos vitales y de tratamiento. Esta verificación en el tiempo permite identificar de manera precoz complicaciones continuas o que emergen, orientando la prosecución del manejo en el servicio hacia los neonatales. La persistencia de un Apgar bajo en este momento se constituye como un marcador de gravedad elevada, correlacionándose con un aumento significativo en la probabilidad de desarrollar secuelas a corto y largo plazo neurológicas y mortalidad neonatal. Un puntaje menor a 4 a los cinco minutos requiere reanimación intensiva y seguimiento especializado, mientras que valores entre 4 y 7 demandan observación estrecha y soporte clínico según la evolución. logran un score de Apgar comprendido entre 7 y 10 a los cinco minutos posteriores al nacimiento suelen exhibir un pronóstico alentador. La evaluación combinada de los puntajes en el primer y quinto minuto constituye un recurso clínico esencial, ya que permite una valoración comprehensiva de la adaptación del recién nacido, orienta el proceso de toma de decisiones urgentes y posibilita la detección temprana de bebés que puedan requerir actuaciones adicionales para mejorar



su equilibrio fisiológico de decisiones clínicas y la valoración integral del impacto del sufrimiento fetal agudo en el neonato. (13)

3.1.1.2. Características obstétricas

El examen pormenorizado de las características obstétricas posibilita el entendimiento de cómo los elementos maternos y las situaciones propias del proceso de alumbramiento repercuten en el origen y desarrollo del compromiso fetal agudo, suministrando información esencial para el reconocimiento de amenazas, la organización de acciones oportunas y la mejora de los resultados perinatales. Estos elementos incluyen la edad gestacional al momento del nacimiento, la paridad materna, el tipo de inicio del trabajo de parto y la vía de finalización del mismo. La integración de estas variables es crucial, ya que su combinación determina, en gran medida, el pronóstico perinatal y orienta la toma de decisiones clínicas. Un análisis detallado de las características obstétricas proporciona un panorama más claro sobre la vulnerabilidad fetal y las posibles intervenciones para prevenir desenlaces adversos. (14)

3.1.1.2.1. Edad gestacional

La duración del estado gestacional representa un factor determinante crucial en la salud del feto y del recién nacido, considerando que se halla íntimamente relacionada con el nivel de desarrollo de los órganos y aparatos vitales del neonato. Se clasifica en tres categorías principales: prematuro, de duración completa y prolongado. El alumbramiento prematuro, caracterizado como aquel que ocurre antes de completarse la semana 37 de embarazo, constituye un elemento de amenaza considerable para complicaciones durante el periodo perinatal, incluyendo el compromiso fetal agudo, debido a la falta de madurez



fisiológica y la escasa capacidad funcional de reserva de los sistemas corporales del bebé recién nacido. implica un riesgo elevado de complicaciones, incluyendo el sufrimiento fetal agudo, debido a la inmadurez pulmonar, la incapacidad para responder adecuadamente a la hipoxia y la menor reserva energética del feto. El alumbramiento en tiempo completo, situado entre las 37 y 41 semanas de embarazo, se estima como el lapso óptimo para el nacimiento, dado que durante este periodo se logra la maduración funcional apropiada de los órganos y aparatos vitales del recién nacido, lo cual reduce amenazas de complicaciones durante el periodo perinatal y favorece un desenlace neonatal más positivo, ya que el feto ha alcanzado un desarrollo suficiente para enfrentar el proceso de parto y la vida extrauterina. Finalmente, el embarazo postérmino, igual o mayor a 42 semanas, incrementa el riesgo de insuficiencia placentaria, disminución del líquido amniótico y aparición de signos de sufrimiento fetal, por lo que requiere un control más estricto y decisiones clínicas oportunas para evitar complicaciones. (15)

3.1.1.2.2. Paridad

La paridad materna, entendida como el número de partos previos de la gestante, es una variable que influye significativamente en el curso del embarazo y del parto. Las primíparas, mujeres que experimentan su primer parto, suelen presentar mayor riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto, debido a la menor distensibilidad del canal del parto y a la inexperiencia ante los síntomas de alarma. Por otro lado, las multíparas, con dos a cuatro partos previos, generalmente enfrentan menos dificultades en la progresión del



parto, aunque no están exentas de riesgos obstétricos. Las gran multíparas, con cinco o más partos anteriores, pueden presentar una mayor incidencia de alteraciones como la atonía uterina, hemorragias posparto y sufrimiento fetal agudo, relacionados con la fatiga uterina o la distensión excesiva de las paredes uterinas. La valoración adecuada de la paridad es fundamental para anticipar posibles complicaciones y adaptar la vigilancia obstétrica a las características individuales de cada gestante. (16)

3.1.1.2.3. Tipo de inicio de trabajo de parto

El modo de inicio del trabajo de parto, ya sea de manera espontánea o mediante inducción farmacológica o mecánica, constituye una variable obstétrica de relevancia significativa, dado que influye en la dinámica del parto, en la adaptación fetal y en la probabilidad de aparición de complicaciones como el sufrimiento fetal agudo. El inicio espontáneo es aquel que ocurre de manera natural, tras la activación fisiológica de los mecanismos hormonales que desencadenan las contracciones uterinas y la dilatación cervical. Generalmente, este tipo de trabajo de parto se asocia a un desencadenamiento espontáneo del proceso del parto se asocia comúnmente con un riesgo reducido de procedimientos obstétricos y complicaciones, mientras la embarazada y el producto gestacional no manifiesten patologías precedentes. Contrariamente, la provocación del trabajo de nacimiento, definida como la estimulación no natural por medio de métodos químicos o mecánicos, puede transformar la dinámica del órgano uterino y fetal, aumentando el requerimiento de vigilancia estrecha y de actuaciones obstétricas a tiempo para impedir complicaciones como la aflicción fetal aguda. mediante agentes



farmacológicos o maniobras mecánicas, se indica en situaciones de riesgo materno o fetal, tales como embarazo prolongado, ruptura prematura de membranas o sufrimiento fetal sospechado. Sin embargo, la inducción puede incrementar la probabilidad de alteraciones en la dinámica uterina, respuesta fetal inadecuada y, en algunos casos, aumentar la incidencia de sufrimiento fetal agudo si no se realiza bajo estricta supervisión clínica. (17)

3.1.1.2.4. Vía de finalización de parto

La vía de finalización de parto, vaginal o cesárea, es la culminación del proceso de nacimiento y está condicionada por múltiples factores materno-fetales. El parto vaginal es el mecanismo fisiológico y preferido, siempre que las condiciones obstétricas sean favorables y no existan signos de compromiso fetal o materno. Este proceso de alumbramiento favorece la transición fisiológica respiratoria y metabólica del recién nacido, a la vez que facilita una recuperación materna más rápida. No obstante, ante la manifestación de señales claras de compromiso fetal agudo, incompatibilidad entre la cabeza fetal y la pelvis materna, patologías maternas graves o ineficacia de la provocación del parto, la operación cesárea se constituye como la táctica obstétrica más confiable, asegurando la conservación de la vida y la integridad tanto del conjunto materno-infantil como la reducción de amenazas perinatales cercanas y posteriores (18)

3.1.2. Sufrimiento fetal agudo

El sufrimiento fetal agudo se configura como una de las emergencias obstétricas más relevantes, representando un desafío permanente para la atención perinatal. Se describe como la condición en la cual el feto experimenta una reducción abrupta en el suministro de oxígeno, lo que compromete su



homeostasis y exige una identificación oportuna y la implementación inmediata de intervenciones clínicas dirigidas a preservar la viabilidad y el bienestar fetal, lo que puede desencadenar hipoxia, acidosis metabólica y compromiso multisistémico si no se actúa con celeridad. Este fenómeno puede tener múltiples causas, entre ellas alteraciones en la circulación uteroplacentaria, complicaciones en el periodo del proceso de alumbramiento, infecciones, entre los elementos que pueden desencadenar compromiso fetal agudo se cuentan el desprendimiento anticipado de la placenta, la obstrucción del cordón umbilical y diversas afecciones maternas súbitas. La identificación precoz de esta situación, a través del seguimiento sistemático de manifestaciones clínicas y marcadores de laboratorio, resulta esencial para ejecutar medidas oportunas que reduzcan el déficit de oxígeno fetal y mejoren los resultados durante el periodo perinatal, es fundamental para implementar estrategias de intervención oportuna y reducir el riesgo de desenlaces adversos.

La severidad y duración del sufrimiento del feto, junto con la velocidad y eficacia de la respuesta médica durante el parto, representan factores clave para el pronóstico inmediato del bebé y su evolución cerebral a futuro. La privación intensa o duradera de oxígeno puede producir lesiones generalizadas en las neuronas, alteraciones en el recubrimiento de los nervios y daño en zonas cerebrales profundas y superficiales, incrementando la posibilidad de parálisis cerebral, limitaciones intelectuales, dificultades para aprender y demoras en el crecimiento físico y mental. También, la transición del sistema cardiorrespiratorio del recién nacido puede complicarse, generando problemas del corazón y del metabolismo que impactan la vida y el bienestar. La intervención a tiempo, a través de medidas durante el parto y



cuidados especializados del bebé, es esencial para limitar las consecuencias, resaltando la relevancia de procedimientos médicos basados en evidencia y de un control estricto durante el periodo del nacimiento. (19)

3.1.2.1. Resultado neonatal

El resultado neonatal como variable de desenlace evidencia el impacto final del sufrimiento fetal agudo en la condición vital y sanitaria del recién nacido, clasificándose en dos categorías: recién nacido vivo y recién nacido muerto. Un neonato vivo indica que las intervenciones obstétricas oportunas lograron revertir el compromiso fetal, aunque persiste el riesgo de secuelas dependiendo de la gravedad y duración de la hipoxia, entre ellas daño neurológico, deterioro cognitivo, retraso psicomotor y complicaciones metabólicas o circulatorias. Por ello, la identificación temprana y el manejo adecuado del sufrimiento fetal agudo son fundamentales para disminuir estas repercusiones, subrayando la importancia de protocolos clínicos basados en evidencia y de una vigilancia perinatal rigurosa. (20)

El resultado neonatal, como variable de desenlace, expresa el impacto final del sufrimiento fetal agudo sobre la condición vital y el estado de salud del recién nacido. Esta variable se clasifica principalmente en dos categorías: recién nacido vivo y recién nacido muerto. Un neonato vivo refleja que, pese al compromiso fetal, las intervenciones obstétricas oportunas y adecuadas permitieron preservar la vida, aunque persiste el riesgo de secuelas a mediano y largo plazo, dependiendo de la severidad y duración de la hipoxia. Entre las posibles consecuencias se incluyen alteraciones del sistema nervioso central, como parálisis cerebral, deterioro cognitivo y retraso en el desarrollo psicomotor. (21)



3.2. MARCO REFERENCIAL

Antecedentes de la investigación

3.2.1. Antecedentes internacionales

García, et al. (22) Características clínicas, obstétricas y perinatales de embarazadas en México, 2022. Objetivo: Caracterizar los rasgos médicos, del parto y del periodo neonatal de gestantes con infección por covid-19 asistidas en la UMAE. Material y métodos: El estudio muestra una ejecución con una táctica de manera observacional, empleando una medición en un solo periodo de naturaleza transversal y con una orientación de una dirección retrospectiva donde se aplicó con una unidad muestral de 133 se sujetos que muestran una misma condición. Los aspectos epidemiológicos, adversidades y desenlaces perinatales se estudiaron utilizando métodos estadísticos descriptivos e inferenciales. Resultados: El 84.5% exhibió cuadro leve, el 8% intermedio, el 8.5% grave y crítico. Las patologías previas fueron: exceso de peso corporal, diabetes mellitus e hipofunción tiroidea. Los síntomas principales: tos, dolor de cabeza, temperatura elevada, secreción nasal y pérdida del olfato. En cuadros graves y críticos estuvieron presentes la aceleración del ritmo cardíaco, respiración rápida y déficit de oxígeno en sangre. En las formas graves y críticas se identificaron: reducción de linfocitos y neutrófilos, elevación de glucosa en sangre y aumento de enzimas hepáticas. El fibrinógeno y marcador D sin alteraciones. El nacimiento antes de término, la escasez de líquido amniótico, la presión arterial elevada durante el embarazo, la preeclampsia grave y la infección pulmonar fueron las principales afectaciones. El 75% de los neonatos sin complicaciones, el



31,5% presentaron dificultad de adaptación respiratoria, el 26,3% ictericia y el 3,6% fallecimiento. Un total de 79 de 83 bebés tuvieron prueba nasofaríngea al nacer negativa, tres obtuvieron resultado positivo (examen realizado en neonatología 12 horas después, sugiriendo contagio posterior). Conclusiones: Al analizar el panorama clínico, los signos y síntomas mostraron predominantemente una presentación leve o discreta; no obstante, incluso en los casos clasificados como de gravedad intermedia o alta con factores agravantes asociados, el desenlace para la díada madre-hijo fue favorable en términos generales. Cabe destacar que no se documentó mortalidad materna alguna.

Rivera. (23) Características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, Colombia, 2022. Objetivos: La finalidad de esta pesquisa es describir los rasgos epidemiológicos y la presentación clínica de las usuarias con pérdida fetal tardía que demandan atención en esta unidad asistencial. Metodología: El estudio presentan una formulación de manera retrospectivo con la aplicación de un estilo descriptivo con una medición en un único periodo de tiempo de naturaleza transversal. Se evaluaron aspectos sociodemográficos, antecedentes obstétricos y clínicos de las madres. Resultados: Se registraron en conjunto 174 gestantes, evidenciándose una pauta evolutiva con declive progresivo en la incidencia anual de óbitos. Predominó un nivel instruccional básico, representado por el 50.6% de la cohorte. La condición de multigestación mostró la mayor prevalencia, alcanzando 111 casos (63.8%). Entre las comorbilidades obstétricas, los trastornos hipertensivos del embarazo y la diabetes gestacional se identificaron en el 16.7% y 4.0% de las



participantes, respectivamente. Asimismo, la detección de infección por *Treponema pallidum* reveló una variación estadísticamente relevante en el subgrupo adolescente ≤ 19 años ($p = 0.055$). Conclusiones: El óbito fetal constituye un desenlace adverso cuya ocurrencia muestra una trayectoria decreciente dentro de la población asistida en esta institución de salud en Cartagena. Entre los rasgos más recurrentes de las gestantes afectadas destacan un nivel instruccional reducido, un seguimiento prenatal insuficiente, la condición de multigestación y la presencia de sífilis durante la gestación, elementos que se manifiestan con notable frecuencia en este grupo clínico.

Suárez y Tamayo. (24) Efecto de la ingesta de aguas tradicionales en el sufrimiento fetal agudo en mujeres en trabajo de parto que ingresan al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, enero - junio 2024. El conocimiento de estas bebidas ancestrales se transmite de generación en generación, debido a que cada localidad manifiesta sus costumbres de formas distintas el Objetivo: Evaluar la asociación entre la hidratación oral habitual en la fase de nacimiento y la aparición de compromiso fetal agudo en embarazadas del departamento de emergencias, Metodología: La pesquisa que se muestra desempeña una formulación de un estilo básico sin necesidad del manejo intensional de la variante causal, con una medición de un único periodo tomando una dirección de modo transversal y conforme a una naturaleza que muestra una orientación descriptivas-documentales. la muestra unidad muestra empleada fue de 49 féminas en estado gestacional con condición de embarazo a término y tiempo de alumbramiento En el primer semestre de 2024, se evaluaron todas las gestantes que hidrataron con líquidos comunes,



abarcando el 100% de la población objetivo. Al ser un número manejable, se incluyó la totalidad de casos en el estudio, formando un conjunto que respondió a los criterios de selección predeterminados

Hueso y Montaña. (25) Cesárea de emergencia asociada a sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, 2024

La operación que se efectúa como cesárea representa una intervención quirúrgica mediante la cual se obtiene el producto gestacional y estructuras placentarias a través de un corte abdominal, técnica cuya frecuencia se ha incrementado porcentualmente en años recientes. Esta modalidad de nacimiento se fundamenta principalmente ante complicaciones perinatales urgentes, siendo el distrés fetal agudo uno de los motivos primordiales que explican estas cifras elevadas. El objetivo: Medir la incidencia de operaciones cesáreas no programadas asociadas a sufrimiento perinatal agudo en mujeres en estado grávido, la metodología de La indagación mostrada revela la aplicación de una estructura inductiva, de una orientación de estilo cuantitativa, es un modelo que responde a un esquema de experimento puro, y con una dirección de manera descriptiva y la aplicación de una medición de un unido periodo de naturaleza transversal con una formulación de forma retrospectiva, con la ejecución de una táctica observacional como medio de extracción de información , con una unidad en la población de 405 donde se apartó a 197 féminas gestantes que daban acorde a los requerimientos establecidos por el investigador. resultados: Se evidenció que las malformaciones congénitas, los trastornos tensionales del embarazo, el distrés fetal agudo, antecedentes de incisión uterina, el fracaso en la estimulación del alumbramiento y la incompatibilidad pélvico-cefálica



representan los factores principales que motivan los partos abdominales urgentes. Así, se establece que la proporción relacionada con la intervención quirúrgica vinculada al compromiso fetal agudo corresponde al 14,72%

Intriago, et al. (26) Sufrimiento fetal agudo en pacientes con preeclampsia con signos de severidad. Reciamuc en Ecuador, 2022.

Objetivo: Establecer el vínculo entre la identificación de distrés fetal agudo y la ocurrencia de hipertensión gestacional con proteinuria, contemplando sus manifestaciones clínicas y parámetros de confirmación. Metodología: El estudio se ejecutó mediante la recopilación sistemática de la múltiples documentos verídicos y de confiabilidad durante la extracción de los documentos se empleó una táctica retrospectiva de carácter que muestra una naturaleza de estilo descriptivo. Resultados: La evolución documentados revelo que el síndrome que se manifiesta como signos hipertensivos en el estado gestacional de la fémina constituye una patología de múltiples órganos con origen aún no determinado, relacionada con una implantación placentaria defectuosa y una inadecuada transformación de las arterias uterinas espirales, ocasionando privación prolongada de oxígeno fetal y limitación del desarrollo prenatal. En las situaciones de compromiso vital fetal agudo se observaron signos como desequilibrio ácido-base, carencia de oxígeno, déficit en la oxigenación, modificaciones del ritmo cardíaco del producto, existencia de fluido amniótico teñido y probabilidad de daños neurológicos permanentes. Del mismo modo, se subrayó que estas adversidades elevan los índices de enfermedad y muerte perinatales, demandando un reconocimiento precoz para mejorar el desenlace. Conclusiones: Se determinó que el compromiso fetal agudo mantiene una asociación

significativa con las patologías tensionales gestacionales, particularmente el síndrome hipertensivo con proteinuria, constituyendo una situación evitable mediante la implementación de medidas de vigilancia prenatal adecuadas. Si bien no siempre desencadena el fallecimiento del producto, puede generar consecuencias neurológicas prolongadas, por lo cual se sugiere reforzar los protocolos preventivos y la supervisión del bienestar fetal en embarazadas con predisposición hipertensiva para disminuir las adversidades materno-neonatales.

3.2.2. Antecedentes nacionales

Mayta. (27) Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes sin control prenatal durante la pandemia por COVID-19 atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2021. Objetivo: Establecer las adversidades obstétricas y neonatales en embarazadas sin seguimiento gestacional durante la crisis sanitaria por SARS-CoV-2. Métodos: revela que se efectuó por medio de un estilo cuantitativo, con una orienta de carácter descriptivo, por medio de un diseño que no manipula a las variantes por un método de estructuración retrospectivo, donde se aplica una medición de un solo periodo y recibe una formulación de forma transversal; con una instrumentalización de data a un cuestionario que emplea una táctica observacional crítica sobre una unidad muestral de 329 gestantes de etapa adulta que no poseen un monitoreo prenatal. Resultados: Entre las adversidades maternas destacaron: procesos infecciosos urinarios 47,42%, déficit hemoglobínico 37,08%, alumbramiento anticipado 24,92%, ruptura temprana de bolsa amniótica 17,02%, disminución del líquido amniótico



11,25%, síndrome hipertensivo gestacional 10,33% y lesiones del conducto vaginal 7,60%. Las complicaciones neonatales prevalentes incluyeron: nacimiento antes de término 24,92%, insuficiencia ponderal neonatal 16,72%, dificultad respiratoria del recién nacido 16,72%, distrés fetal agudo 14,89%, neonato con peso excesivo 13,98% y proceso infeccioso neonatal 7,90%. Conclusión: En las gestantes carentes de seguimiento prenatal se identificó un conjunto relevante de complicaciones obstétricas y perinatales, entre las que destacan: infecciones del tracto urinario, cuadros anémicos, culminación gestacional pretérmina, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, preeclampsia y laceraciones del canal del parto. En el plano neonatal, se registraron manifestaciones como prematuridad, bajo peso al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, compromiso fetal agudo, macrosomía y cuadros de sepsis neonatal.

Castillo. (28) Descarte de sufrimiento fetal agudo en embarazo prolongado diagnosticado por ultrasonido del primer trimestre. Hospital Leoncio Prado- Huamachuco. La Libertad, 2023. Objetivo: Evaluar el expediente clínico de compromiso fetal agudo en embarazo prolongado detectado por sonografía del primer trimestre gestacional en una paciente obstétrica. Materiales y métodos: Estudio que se muestra denota una formulación de un estilo analítico, con un desempeño de una dirección retrospectiva de un caso clínico, donde se ve por conveniente realizar la extracción de la data con un modo observacional y con una estrategia de procesamiento de naturaleza transversal con la caracterización de la unidad muestral de féminas en estado gestacional. Se consideró como base informativa la documentación clínica de internación, que integra antecedentes



del paciente, exploración física desde su arribo, todos los actos médicos realizados durante su periodo en el nosocomio hasta el momento de su egreso. Se tomaron como fuentes informativas los registros clínicos de hospitalización, incluyendo antecedentes del paciente, exploración médica desde el ingreso, todos los actos realizados durante su estadía en la institución sanitaria hasta el alta médica. Resultados: La fémina grávida con trece controles gestacionales, dos episodios de infección urinaria, seis exploraciones ecográficas incluyendo la efectuada al arribo al Hospital Leoncio Prado, presentando factores adversos como peso excesivo, masa corporal de 37.2, maternidad tardía a los 37 años y multigestación elevada, circunstancias que se adicionan a su bajo nivel educativo y vivienda remota. Resolvió su embarazo mediante operación cesárea por gestación de 41 semanas más 2 días y aflicción fetal aguda. Conclusiones: La usuaria evidencia condiciones de vulnerabilidad por su perfil sociodemográfico como domicilio remoto y escasa escolaridad, presentando alto riesgo gestacional debido a maternidad tardía, multipariedad elevada, obesidad severa y gestación postérmino confirmada ecográficamente. El expediente médico registra el progreso satisfactorio tanto materno como neonatal, desde su admisión, estableciéndose el reconocimiento temprano del compromiso fetal agudo, y adoptándose oportunamente la decisión quirúrgica abdominal, siendo apropiado ejecutar ligadura tubaria bilateral, previo consentimiento documentado. Se logró una madre y neonato con evolución positiva hasta el egreso, con recomendaciones y vigilancia puerperal

Chujutalli. (29) Factores atribuibles a sufrimiento fetal agudo en un hospital del nivel III de la ciudad de Iquitos 2022. Objetivo: Caracterizar los



componentes que se ven relacionados con el distrés perinatal agudo. Material y métodos: Para la ejecución del estudio se vio por conveniente emplear una estructuración de forma cuantitativa, empleando como técnica un modo de dirección observacional, con un carácter analítico, de formulación de manera deductiva en base a la evaluación por cada caso control, donde se trabajó con una unidad muestral de 36 neonatales que manifiestan esta condición fetal agudo (casos. Resultados: Se evidenció que diversas condiciones maternas y contextuales se vinculan de manera significativa con la aparición de dificultad fetal aguda. Entre los factores más influyentes se identificaron la preeclampsia, los antecedentes de infecciones urinarias y los niveles educativos elementales, todos ellos con una proporción atribuible elevada en la génesis del evento. Asimismo, sobresalen como determinantes la nuliparidad, la gestación culminada antes de las 37 semanas y los periodos intergenésicos abreviados. De igual modo, se reconoció el impacto del bajo peso pregestacional, la morbilidad concomitante durante la gestación y la asistencia prenatal insuficiente, elementos que, en conjunto, incrementan de forma notable la probabilidad de compromiso fetal agudo. Finalmente, la condición de procedencia urbano-marginal y la edad materna inferior a los 20 años se añadieron como componentes que amplifican el riesgo obstétrico observado. Conclusión: estos hallazgos evidencian que tanto las deficiencias en el estado nutricional y el control gestacional como la presencia de patología obstétrica establecen un escenario de riesgo elevado para la aparición de sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes.

Cárdenas. (30) Factores asociados a sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes atendidas en el hospital III Iquitos - EsSalud



2021. Introducción: La maternidad temprana constituye un problema de salud significativo por su asociación con mayores complicaciones maternas y perinatales. El compromiso fetal agudo figura entre las principales adversidades, condición que aumenta notablemente la morbilidad y mortalidad neonatal en los servicios de salud pública. Objetivo: Definir los elementos vinculados al compromiso vital fetal agudo en féminas que asumen un embarazo sin acabar la etapa adolescente, Material y métodos: El estudio muestra la ejecución por medio de un estilo cuantitativo, de un diseño con carácter descriptivo, con la aplicación de una sola medición de una naturaleza transversal, con una formulación de carácter retrospectivo sobre una unidad de muestra conformada de 36 casos y 72 controles, Resultados: "Se reconoció que diversos parámetros maternos y gestacionales incrementan de manera notoria la probabilidad de manifestación de sufrimiento fetal agudo durante el trabajo de parto en la población adolescente. Entre estos elementos destacan la edad gestacional inferior a 37 semanas, el peso preconcepcional disminuido y una ganancia ponderal insuficiente, factores que comprometen la adecuación del desarrollo fetal y predisponen a alteraciones en la oxigenación intraparto. Asimismo, la asistencia prenatal por debajo de los estándares mínimos establecidos contribuye a una detección tardía de complicaciones, intensificando la vulnerabilidad fetal. En el ámbito de las comorbilidades, se verificó que la anemia materna, los trastornos hipertensivos del embarazo incluyendo la preeclampsia y el oligohidramnios constituyen condiciones de alto impacto fisiopatológico, capaces de deteriorar de manera significativa el entorno intrauterino y, por ende, favorecer episodios de compromiso fetal agudo. En contraste, la procedencia urbana



mostró un efecto protector, posiblemente relacionado con un mayor acceso a servicios de salud y a intervenciones preventivas oportunas. Conclusión: Las gestantes adolescentes presentan características sociodemográficas, obstétricas y morbilidad que se asocian a la presencia de sufrimiento fetal agudo. Objetivo La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación del Monitoreo Electrónico Fetal en el sufrimiento fetal agudo en gestantes a término en el hospital de Tocache 2020, , fue una investigación de tipo observacional, retrospectivo y transversal, con nivel descriptivo, de diseño correlacional; siendo los principales resultados: de acuerdo a la interpretación de los test no estresantes encontrados en casos de sufrimiento fetal agudo: se registró un 5,8% de test no estresante reactivos, 31,1% de test no estresante no reactivos y 63,1% de test no estresante patológicos; de los resultados patológicos se encontró un 81,6% con líquido amniótico meconial fluido y 18,4% con líquido amniótico meconial espeso; siendo el cálculo estadístico de Z de proporciones, una sola cola para la eficacia del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo de 8,851 mientras el nivel de significancia es de 0,003; motivo por el cual, se interpreta que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación; por lo tanto concluimos que el uso de monitoreo electrónico fetal intraparto es eficaz para el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo.

Herrera. (31) Monitoreo fetal electrónico en sufrimiento fetal agudo en gestantes a término en Hospital de Tocache 2020. Objetivo Definir la asociación entre la monitorización electrónica cardíaca fetal y el compromiso vital fetal agudo en embarazadas a término, Procedimiento metodológico: La pesquisa daba una formulación observacional, donde se empleó una

dirección retrospectivo y con una sola medida de un único periodo de forma transversal, por medio de una dirección descriptiva, aplicando una conceptualización conforme a un diseño de manera correlacional; resultados: La evaluación detallada de los tes ejercido evidencian que las cardiotocografías identificadas en casos de aflicción fetal aguda mostró: 5,8% de registros satisfactorios, 31,1% de trazos insatisfactorios y 63,1% de patrones anormales; entre los hallazgos patológicos se observó 81,6% con líquido amniótico teñido fluido y 18,4% con líquido meconial viscoso; el cálculo estadístico Z proporcional de una cola para la eficacia del control electrónico fetal en el reconocimiento del sufrimiento perinatal agudo alcanzó 8,851 con nivel de significancia 0,003; por tanto, se refuta la hipótesis nula y se confirma la hipótesis de trabajo; consecuentemente, se determina que el empleo del monitoreo cardiotocográfico intraparto es eficiente para diagnosticar el compromiso vital fetal agudo

3.2.3. Antecedentes locales

Barrios. (20) Monitoreo electrónico fetal intraparto asociado a la asfixia neonatal en el Centro de Salud Cono Sur Juliaca periodo enero mayo 2024. Objetivo: Identificar el poder predictivo del control electrónico fetal durante el trabajo obstétrico para detectar asfixia perinatal. Material y Método: La indagación revela que fue necesario aplicar tácticas observacionales para la recopilación ordenada de la data y con una formulación de forma cuantitativa con una dirección de naturaleza transversal y sin la necesidad de la manipulación de las variantes. La información de las fichas de registro se empleó para generar una matriz de la data en Excel, posteriormente



transferida su procesamiento en el SPSS. Se compilaron datos acerca de la distribución frecuencial de las variantes predictoras Resultados: Los hallazgos evidencian que una proporción predominante de los recién nacidos, equivalente al 86%, no cursa con episodios de asfixia intraparto. Esta elevada cifra sugiere que las estrategias de conducción del trabajo de parto y las intervenciones obstétricas implementadas en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca resultan ampliamente eficaces para evitar el deterioro respiratorio neonatal, garantizando en la mayoría de los casos un inicio vital adecuado. Conclusión: En cuanto a la incidencia de asfixia perinatal, se identificó que un 14% de los recién nacidos manifestaron asfixia al nacimiento, cifra considerable que demanda intervención y medidas profilácticas. Respecto a la cardiotocografía intraparto; la capacidad predictiva del registro electrónico cardíaco fetal evidencia que los patrones anormales poseen un VPP de 61.54% para anticipar asfixia neonatal, mientras que los trazados satisfactorios presentan un VPN de 89.12%. Si bien la vigilancia resulta beneficiosa, existe una proporción de resultados erróneos tanto negativos como positivos que requieren manejo adecuado.

Montufar. (32) Complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a la atención prenatal en gestantes infectadas con covid-19 atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2020-2021. El Objetivo: Hallar el vínculo entre las complicaciones gestacionales y neonatales, y el monitoreo prenatal de mujeres embarazadas con SARS-CoV-2. El método y material: La pesquisa que se trabajó muestra posee una formulación de estilo descriptivo con un enfoque de forma correlacional sin la aplicación de las variantes de unidad independiente. donde se laboró sobre una unidad



muestral de 136 gestantes. Resultados: Se constató que la mayoría de las gestantes, un 86.4%, se encontraban en el rango etario de 15 a 35 años y que una proporción semejante mantenía convivencia con su pareja. Aproximadamente la mitad de la cohorte alcanzaba escolaridad secundaria completa, mientras que cerca de un tercio era multípara, presentaba intervalos intergenésicos considerados adecuados y no refería antecedentes abortivos. De igual modo, casi la totalidad de las participantes (98.3%) recibió sus atenciones prenatales bajo la supervisión de un profesional obstetra. El análisis inferencial reveló que la calidad de la atención prenatal no mostró asociación estadísticamente significativa con variables sociodemográficas edad, estado civil y nivel educativo ni con parámetros obstétricos como la paridad, el intervalo intergenésico o los antecedentes de pérdida gestacional. Tampoco se evidenció relación con las principales morbilidades maternas evaluadas, tales como anemia, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones urinarias, placenta previa, ruptura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica o episodios de trabajo de parto pretérmino. Similar ausencia de vínculo se observó respecto a los desenlaces perinatales evaluados, incluida la prematuridad y el óbito fetal. El único componente que mostró correlación significativa con la calidad de la atención prenatal fue el profesional responsable de su ejecución, emergiendo como un determinante relevante dentro del ámbito obstétrico. Conclusión: No se halló ningún tipo de vinculación que sea relevante entre la naturaleza o disponibilidad del seguimiento prenatal y la manifestación de complicaciones obstétricas o perinatales en la muestra analizada.



Torres. (33) Características relacionadas a la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023. Objetivo: Examinar las variantes determinantes implicadas en la precipitación de la rotura prematura de membranas en gestantes. Método y material: Investigación demuestra que se ejecutó por medio de una formulación de un estilo no experimental, con una estructuración de manera correlacional, con una medición de la data de naturaleza transversal y una orientación de carácter retrospectivo, sobre una unidad muestral de 126 féminas que atravesaron un periodo de gestación Resultados: Los factores relevantes incluyeron: Rango etario ($p=0.000$) con predominio de 18 a 35 años representando 100 gestantes (79.4%), situación marital ($p=0.000$) destacando la cohabitación con 106 participantes (84.1%), espaciamiento entre embarazos ($p=0.025$) con mayor frecuencia del intervalo extenso en 40 casos (31.7%), seguimiento antenatal ($p=0.000$) prevaleciendo seis o más consultas en 98 mujeres (77.8%), proceso infeccioso urinario ($p=0.047$) ausente en la mayoría con 74 pacientes (58.7%) y hipohemoglobinemia ($p=0.047$) no presente en 83 casos (65.9%). La ruptura membranosa prematura a las 37 o más semanas resultó mayoritaria (66.7%), continuada por el periodo de 34 a 36 semanas (21.4%), luego de 25 a 33 semanas (10.3%) y finalmente anterior a las 25 semanas (1.6%). Conclusiones: Las particularidades sociodemográficas y los antecedentes obstétricos muestran una vinculación parcial con la ocurrencia de rotura prematura de membranas en las gestantes atendidas, indicando que su influencia no es uniforme pero sí clínicamente relevante



Monroy. (34) Factores asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en 2020. Objetivo: Analizar los determinantes asociados al parto anormal en gestantes adolescentes atendidas en el centro. Metodología: Estudio observacional, analítico y retrospectivo, basado en la revisión de datos sin intervención directa sobre las variables independientes. Resultados: Se identificó que diversos factores maternos y obstétricos se relacionan significativamente con la ocurrencia de parto distócico en adolescentes. Destacaron la desproporción céfalopélvica, las alteraciones de la dinámica uterina especialmente la inercia y las presentaciones fetales anómalas. Asimismo, la primiparidad y un control prenatal insuficiente incrementaron la probabilidad de complicaciones durante el trabajo de parto. Conclusiones: La distocia en gestantes adolescentes se vincula con factores anatómicos, disfunciones del trabajo de parto y deficiencias en la atención prenatal. Se resalta la importancia de fortalecer la vigilancia obstétrica y mejorar el acceso a controles prenatales oportunos para reducir riesgos intrapartos y favorecer mejores resultados maternos y perinatales.

Carpio y Juño. (20) Medina N. Factores asociados al tipo de término del embarazo en gestantes de la Micro Red Metropolitano - Puno, enero - setiembre 2022. Objetivo: Identificar los componentes asociados a los desenlaces obstétricos en gestantes de la microrred Metropolitano.

Método y materiales: Se empleó un enfoque hipotético-deductivo, de tipo aplicado, con diseño cuantitativo y correlacional, sin manipulación de



variables. La muestra estuvo conformada por 270 gestantes; la recolección de datos se realizó mediante revisión documental y una ficha electrónica. Resultados: El parto vaginal (82.8%) se relacionó con condiciones maternas dentro de rangos fisiológicos: edad promedio, peso eutrófico o sobrepeso, antecedentes obstétricos moderados y variabilidad en los controles prenatales, además de antecedentes de COVID-19 previo al embarazo, anemia leve o severa y esquemas vacunales limitados. El aborto (0.7%) se vinculó con bajo peso u obesidad grado I, antecedentes obstétricos diversos, cesárea anterior, asistencia prenatal irregular, infección por COVID-19 durante la gestación y anemia leve o moderada. El óbito fetal (0.7%) se asoció a obesidad grados I y II, antecedentes de abortos o partos previos, mínima vacunación antitetánica, esquemas incompletos contra COVID-19 y anemia moderada. Conclusión: Los desenlaces obstétricos se relacionan con múltiples factores somáticos, patológicos y ginecoobstétricos maternos. El parto eutócico predominó en gestantes con parámetros dentro de la normalidad, mientras que los desenlaces adversos —aborto, óbito fetal o parto quirúrgico— se asociaron a desequilibrios nutricionales, antecedentes reproductivos complejos y comorbilidades. Estos hallazgos resaltan la importancia de un monitoreo prenatal integral orientado a la detección temprana de riesgos y al fortalecimiento de la seguridad del binomio madre-hijo.



3.3. MARCO CONCEPTUAL

Apgar: Herramienta de valoración clínica que posibilita, de manera expedita y sistematizada, la estimación del estado fisiológico del neonato tanto al primer minuto como a los cinco minutos posteriores al nacimiento. (35)

Asfixia perinatal: Estado patológico en el cual el feto o neonato experimenta una disminución crítica del aporte de oxígeno en el periodo previo, concomitante o inmediatamente subsiguiente al nacimiento.(36)

Bradycardia fetal: Alteración desacostumbrada caracterizada por una merma sostenida del ritmo cardíaco fetal habitualmente descendente por debajo de los 110 ciclos por minuto. (37)

Cesárea: Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al bebé a través de incisiones realizadas en el abdomen y el útero de la madre. Se utiliza cuando el parto vaginal no es posible (38)

Líquido amniótico: El líquido amniótico es el fluido que rodea y protege al bebé dentro del saco amniótico durante el embarazo. (28)

Monitorización fetal: La monitorización fetal es el proceso mediante el cual se evalúa en forma continua o intermitente el bienestar del feto durante el embarazo y, especialmente, durante el trabajo de parto.(14)

Paridad: es un término utilizado en obstetricia para describir el número de partos que ha tenido una mujer a partir de las 22 semanas de gestación (o cuando el feto es viable), independientemente de si el recién nacido nació vivo o muerto.(39)



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS
Variable 1 Características clínicas y obstétricas de los casos de Sufrimiento fetal agudo	1.1. Características clínicas	1.1.1. Signos de sufrimiento fetal agudo	a) Bradicardia fetal b) Taquicardia fetal c) Perdidas de variabilidad
		1.1.2. Tipo de líquido amniótico	a) Claro b) Meconial c) Hemático
		1.1.3. Apgar al minuto	a) Menor a 4 b) 4 a 6 puntos c) 7 a 10 puntos
		1.1.4. Apgar a los 5 minutos	a) Menor a 4 b) 4 a 6 puntos c) 7 a 10 puntos
	1.2. Características obstétricas	1.2.1. Edad gestacional	a) Pretérmino: < 37 semanas b) A término: 37 – 41 semanas c) Postérmino: ≥ 42 semanas
		1.2.2. Paridad	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara
		1.2.3. Tipo de inicio de trabajo de parto	a) Espontaneo b) Inducido
		1.2.4. Vía de finalización de parto	a) Vaginal b) Cesárea
	1.3. Sufrimiento fetal agudo	1.3.1. Resultado neonatal	a) Vivo b) Muerto



CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1. Metodología

4.1.1 Método aplicado a la investigación

En el presente estudio se aplicó el método hipotético-deductivo, bajo un enfoque cuantitativo, el cual permite abordar el análisis de las características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani, durante el año 2024. Este enfoque se centra en la recolección y el procesamiento de datos numéricos, posibilitando la identificación de patrones, tendencias y relaciones entre variables específicas dentro de la población en estudio. (41)

4.1.2 Diseño de la investigación

La investigación adopta un diseño no experimental, descriptivo y transversal. En este contexto, se recolectaron los datos sobre las características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo tal como se manifestaron en su entorno natural, sin que el investigador intervenga o manipule las variables involucradas. (42)

4.1.3 Población

La población estuvo conformada por 58 gestantes que presentaron diagnóstico de sufrimiento fetal agudo y que fueron atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani, durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2024. Se incluyeron todos los casos que cumplan con los criterios de inclusión definidos previamente, asegurando la pertinencia y homogeneidad de la muestra seleccionada.

4.1.4 Muestra

Se empleo un muestreo no probabilístico de tipo censal, considerando el 100% de la población ya que fue accesible, es decir, todas las gestantes con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo que fueron 58 gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani, en el año 2024.

4.1.5 Técnica, instrumento y fuente de recolección de datos

Técnica: Análisis documental

El análisis documental fue una técnica de investigación que consistió en la revisión, selección, interpretación y extracción sistemática de información relevante contenida en fuentes escritas, tales como historias clínicas, registros institucionales y documentos oficiales. En este estudio, dicha técnica permitió recopilar y analizar los datos clínicos y obstétricos de las gestantes diagnosticadas con sufrimiento fetal agudo, a partir de los documentos existentes en el Hospital San Martín de Porres, Macusani.

Instrumento: Ficha de recolección de datos

La ficha de recolección de datos fue un instrumento estructurado que se diseñó específicamente para este estudio, con el fin de registrar de manera

organizada y uniforme la información extraída de las historias clínicas y registros hospitalarios.

4.1.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

a) Coordinación: Inicialmente, se gestionó el permiso institucional ante la dirección del Hospital San Martín de Porres de Macusani para ejecutar la presente investigación acerca de los rasgos clínicos y ginecológicos de los episodios de compromiso fetal agudo en mujeres embarazadas asistidas durante el período 2024. Los datos requeridos para el desarrollo del estudio fueron obtenidos a través de una ficha estructurada de registro de información.

b) Ejecución: Se realizó un análisis descriptivo de los datos, empleándose la sistematización en tablas estadísticas que facilitaron la elaboración de distribuciones de frecuencia y gráficos ilustrativos, permitiendo una visualización clara de los patrones observados. Posteriormente, la información fue sintetizada e interpretada de acuerdo con los objetivos del estudio.

c) Análisis inferencial: El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencias y porcentajes para la presentación de las características clínicas y obstétricas de las gestantes con sufrimiento fetal agudo. El procesamiento y análisis de la información se llevó a cabo empleando el software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25.



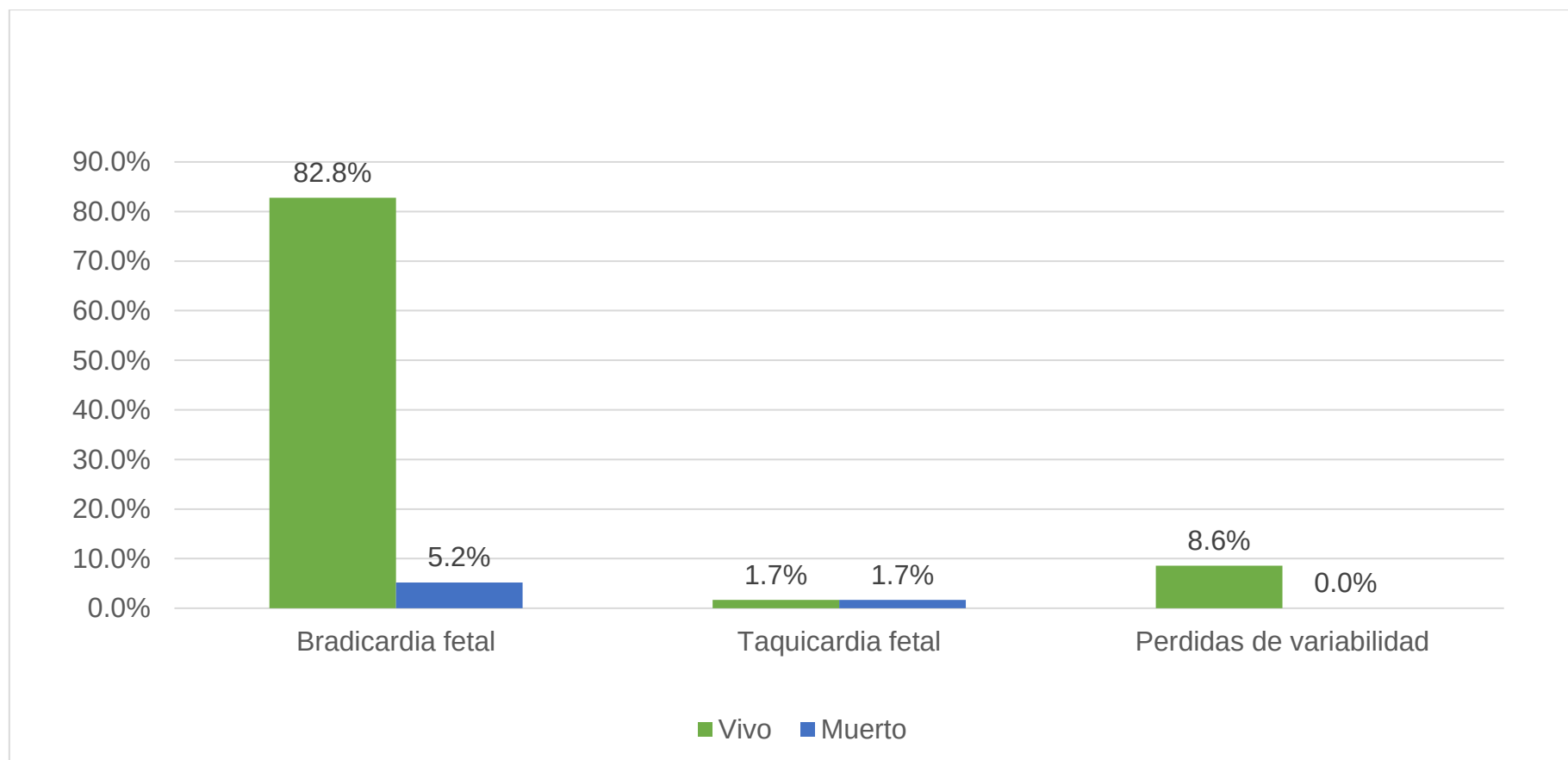
RESULTADO

TABLA 1. SIGNOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024.

SIGNOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	RESULTADO NEONATAL					
	Vivo		Muerto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Bradicardia fetal	48	82.8	3	5.2	51	88.0
Taquicardia fetal	1	1.7	1	1.7	2	3.4
Perdidas de variabilidad	5	8.6	0	0.0	5	8.6
TOTAL	54	93.1	4	6.9	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 1. SIGNOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024



Fuente: Tabla 1



En los casos de sufrimiento fetal agudo, el 88% de los fetos presentó bradicardia, el 8,6% evidenció pérdida de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y el 3,4% manifestó taquicardia.

Con respecto al resultado neonatal, el 82,8% correspondió a recién nacidos vivos, mientras que el 5,2% correspondió a neonatos fallecidos, evidenciando que, si bien la mayoría de los casos tuvo un desenlace favorable, aún persiste un porcentaje de mortalidad que refleja la gravedad del sufrimiento fetal agudo.

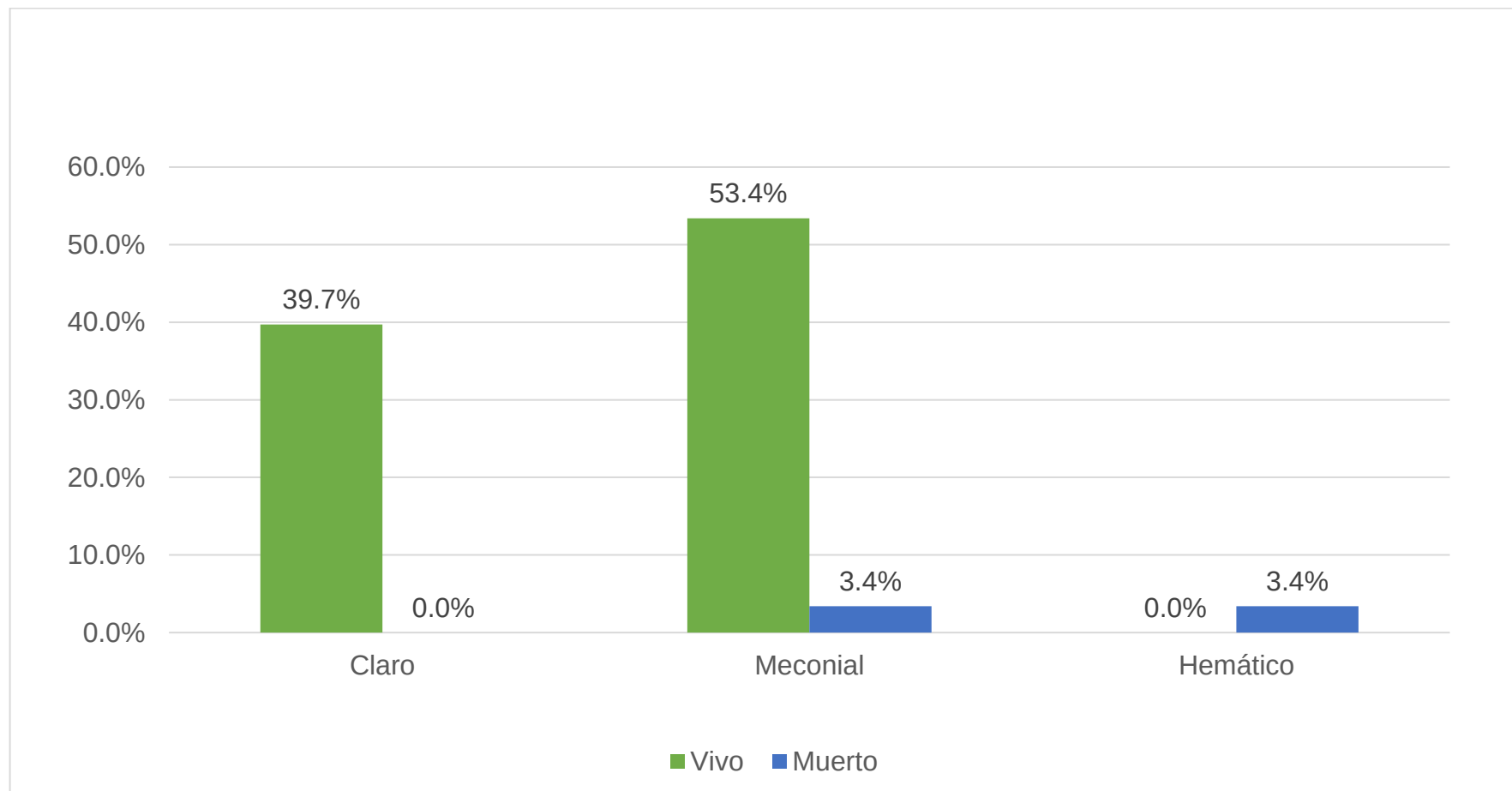
Hueso y Montaña (25) concluyeron que la tasa de cesáreas de emergencia asociadas a sufrimiento fetal agudo fue del 14,72%, lo que refleja la importancia de la intervención obstétrica oportuna frente a alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. En el presente estudio, se evidenció que el 88% de las pacientes presentaron bradicardia fetal como signo predominante de sufrimiento fetal agudo. Esta diferencia puede explicarse porque la bradicardia constituye el indicador más frecuente y temprano de hipoxia intrauterina, lo cual condiciona en muchos casos la necesidad de una finalización inmediata del parto por vía cesárea. La comparación entre ambos estudios permite resaltar que, aunque la frecuencia de cesáreas de emergencia pueda variar según la población y el contexto hospitalario, la presencia de bradicardia fetal sigue siendo un signo clínico clave que determina la conducta obstétrica adoptada.



TABLA 2. TIPO DE LIQUIDO AMNIÓTICO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024

TIPO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	RESULTADO NEONATAL					
	Vivo		Muerto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Claro	23	39.7	0	0.0	23	39.7
Meconial	31	53.4	2	3.4	33	56.9
Hemático	0	0.0	2	3.4	2	3.4
TOTAL	54	93.1	4	6.8	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 2. TIPO DE LIQUIDO AMNIÓTICO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024.

Fuente: Tabla 2



En cuanto a los tipos de líquido amniótico, el 56,9% de los casos presentó líquido amniótico meconial, el 30,7% líquido amniótico claro y el 3,4% líquido amniótico hemático.

Con respecto al resultado neonatal, el 53.4% correspondió a neonatos vivos, mientras que el 3.4% correspondió a neonatos fallecidos.

Intriago et al. (26) reportaron que en los casos de sufrimiento fetal agudo se identificaron manifestaciones como la presencia de líquido amniótico meconial. En el presente estudio, se encontró que el 56,9% de las gestantes presentó líquido amniótico meconial, lo cual guarda concordancia con lo descrito por dichos autores, ya que este hallazgo constituye uno de los principales indicadores de compromiso fetal. Sin embargo, la diferencia radica en la frecuencia reportada, que en nuestro estudio resulta mayor, lo que podría atribuirse a variaciones en las características de la población, las condiciones obstétricas o los criterios diagnósticos empleados en cada contexto hospitalario. En ambos casos, se resalta la importancia del líquido meconial como signo clínico relevante en la detección temprana de sufrimiento fetal agudo.

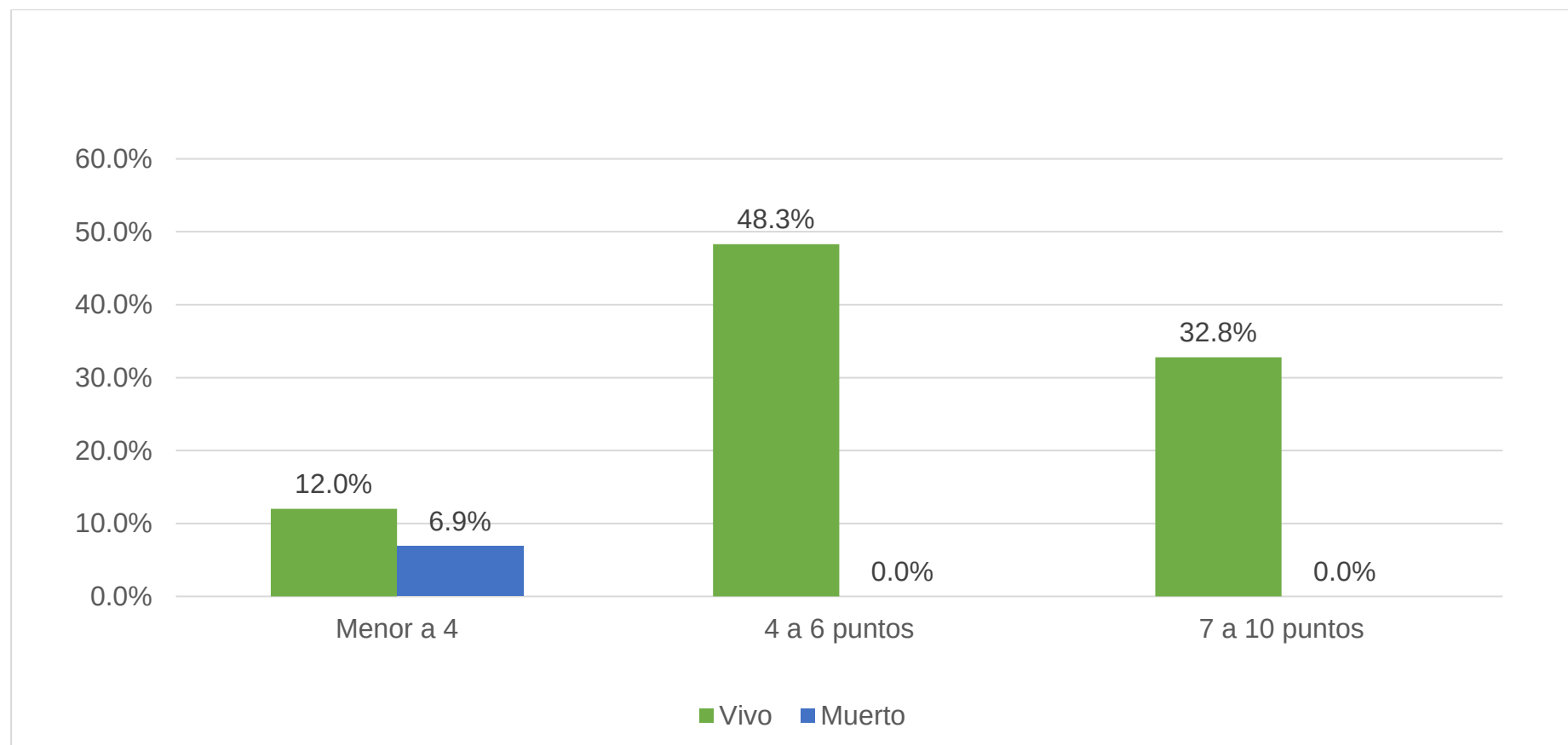


TABLA 3. PUNTAJE DE APGAR AL PRIMER MINUTO EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.

APGAR AL MINUTO	RESULTADO NEONATAL					
	Vivo		Muerto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Menor a 4	7	12.0	4	6.9	11	18.9
4 a 6 puntos	28	48.3	0	0.0	28	48.3
7 a 10 puntos	19	32.8	0	0.0	19	32.8
TOTAL	54	93.1	4	6.9	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 3. PUNTAJE DE APGAR AL PRIMER MINUTO EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.



Fuente: Tabla 3



En cuanto al puntaje de Apgar al minuto el 48.3% presento un Apgar de 4 a 6 puntos, el 32.8 presento un Apgar de 7 a 10 puntos.

Con respecto al resultado neonatal, el 48.3% correspondió a neonatos vivos, mientras que el 6.9% correspondió a neonatos fallecidos.

Intriago et al. (26) identificaron manifestaciones de sufrimiento fetal agudo como acidosis, anoxia, hipoxia, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, presencia de líquido meconial y riesgo de lesiones neurológicas irreversibles. En concordancia con estos hallazgos, en el presente estudio se evidenció que el 48,3% de los recién nacidos presentó un puntaje de Apgar entre 4 y 6 al minuto, lo que refleja un estado de depresión neonatal moderada compatible con la presencia de hipoxia o acidosis perinatal. Estos resultados muestran coincidencia con lo reportado por Intriago et al., en cuanto a las consecuencias inmediatas del sufrimiento fetal sobre la adaptación neonatal, resaltando la importancia del monitoreo fetal oportuno y la intervención inmediata para prevenir secuelas mayores, incluidas complicaciones neurológicas.

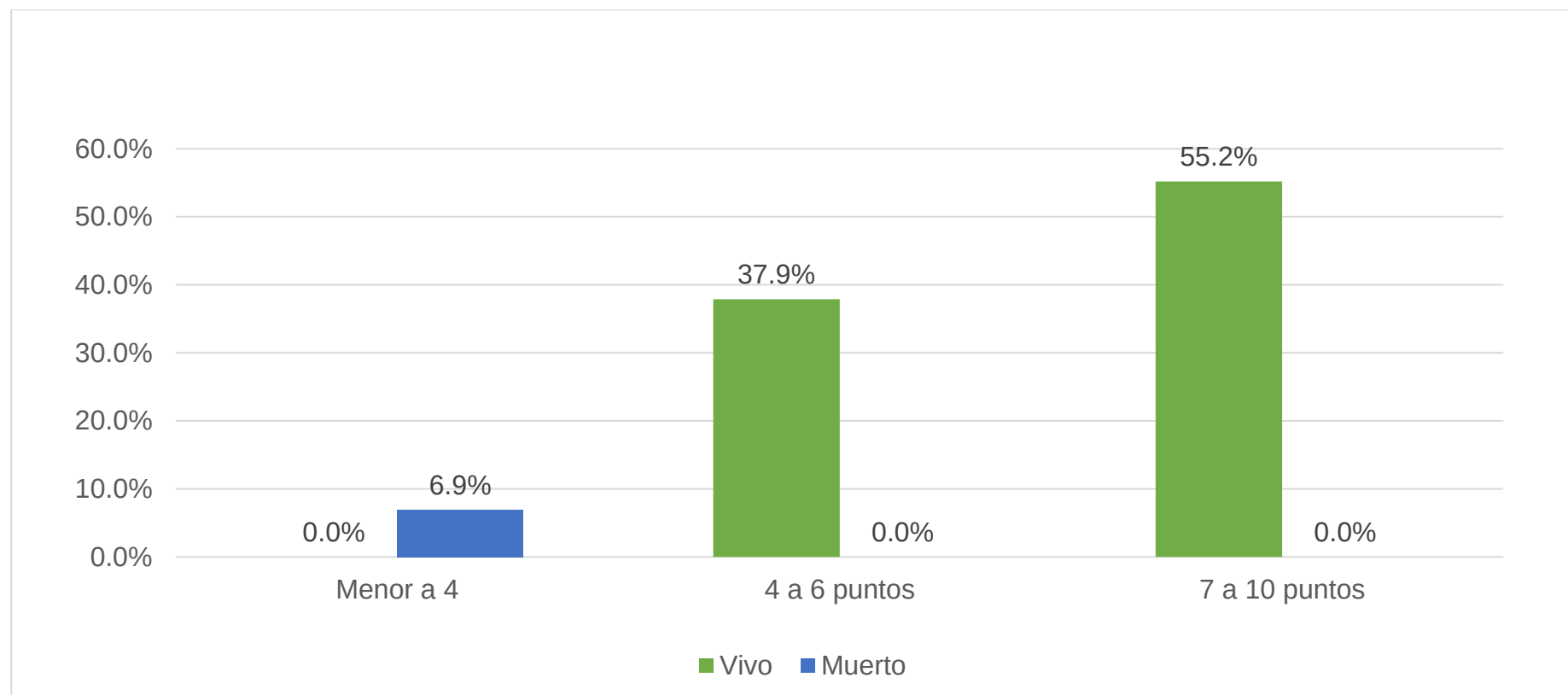


TABLA 4. PUNTAJE DE APGAR A LOS CINCO MINUTOS EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.

RESULTADO NEONATAL						
APGAR A LOS 5 MINUTOS	Vivo		Muerto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Menor a 4	0	0.0	4	6.9	4	6.9
4 a 6 puntos	22	37.9	0	0.0	22	37.9
7 a 10 puntos	32	55.2	0	0.0	32	55.2
TOTAL	54	93.1	4	6.9	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 4. PUNTAJE DE APGAR A LOS CINCO MINUTOS EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.



Fuente: Tabla 4



En cuanto al puntaje de Apgar a los cinco minutos el 55.2% presento de 7 a 10 puntos de Apgar, el 37.9% tuvo un puntaje de 4 a 6 puntos y el 6.9% presento un puntaje menor a 4 puntos de Apgar a los cinco minutos.

Con respecto al resultado neonatal, el 55.2% correspondió a neonatos vivos, mientras que el 6.9% correspondió a neonatos fallecidos.

Intriago et al. (26) identificaron manifestaciones de sufrimiento fetal agudo como acidosis, anoxia, hipoxia, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, presencia de líquido meconial y riesgo de lesiones neurológicas irreversibles. En contraste, en el presente estudio se observó que el 55,2% de los recién nacidos obtuvo un puntaje de Apgar entre 7 y 10 a los 5 minutos, lo que indica una adecuada recuperación neonatal posterior al evento de sufrimiento fetal agudo. Este hallazgo sugiere que, a pesar de los riesgos descritos por Intriago et al., la intervención oportuna durante el trabajo de parto y la atención inmediata al nacimiento permitieron disminuir la probabilidad de complicaciones graves y favorecer un desenlace neonatal favorable.

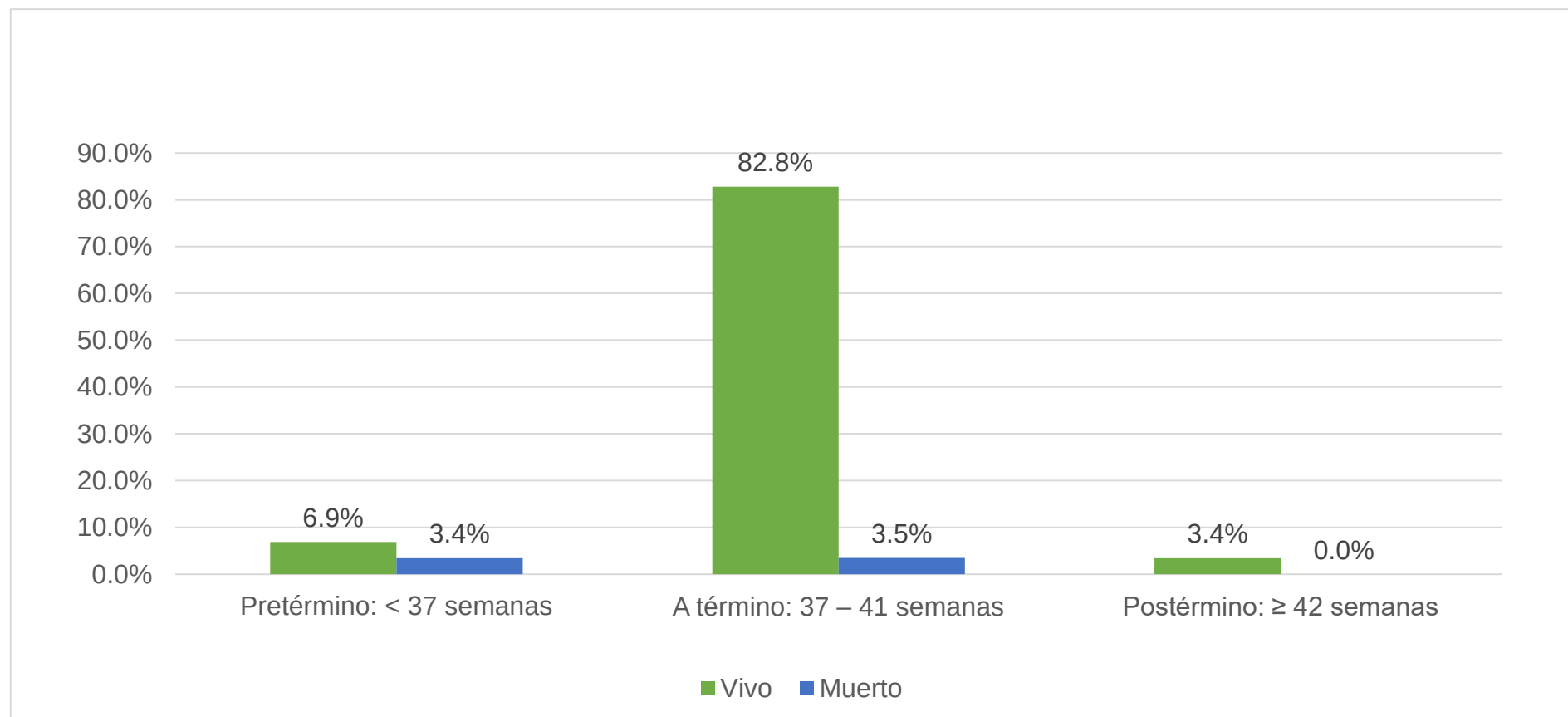


TABLA 5. EDAD GESTACIONAL EN LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.

EDAD GESTACIONAL	RESULTADO NEONATAL					
	Vivo		Muerto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Pretérmino: < 37 semanas	4	6.9	2	3.4	6	10.3
A término: 37 – 41 semanas	48	82.8	2	3.5	50	86.3
Postérmino: ≥ 42 semanas	2	3.4	0	0.0	2	3.4
TOTAL	54	93.1	4	6.9	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 5. EDAD GESTACIONAL EN LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.



Fuente: Tabla 5



En relación con la edad gestacional de los casos de sufrimiento fetal, el 86,3% correspondió a gestantes a término (37 a 41 semanas), el 10,3% a gestantes con edad gestacional menor de 37 semanas y el 3,4% a gestantes con edad gestacional mayor o igual a 42 semanas.

Con respecto al resultado neonatal, el 82.8% correspondió a neonatos vivos, mientras que el 3.5% correspondió a neonatos fallecidos.

Castillo (28) reportó una edad gestacional promedio de 40 semanas determinada mediante el método de Capurro, lo que refleja un predominio de recién nacidos a término. De manera concordante, en el presente estudio se encontró que el 86,3% de los neonatos presentó una edad gestacional comprendida entre 37 y 41 semanas, confirmando también la mayor frecuencia de gestaciones a término. Esta coincidencia entre ambos estudios evidencia que la mayoría de los casos de sufrimiento fetal agudo se presenta en gestantes con embarazos a término, lo cual puede deberse a que es en este periodo cuando se incrementa la exposición del feto a factores intraparto que predisponen a hipoxia o compromiso fetal. Dichos hallazgos resaltan la importancia de la vigilancia estrecha en la etapa final de la gestación y durante el trabajo de parto, a fin de reducir riesgos asociados.

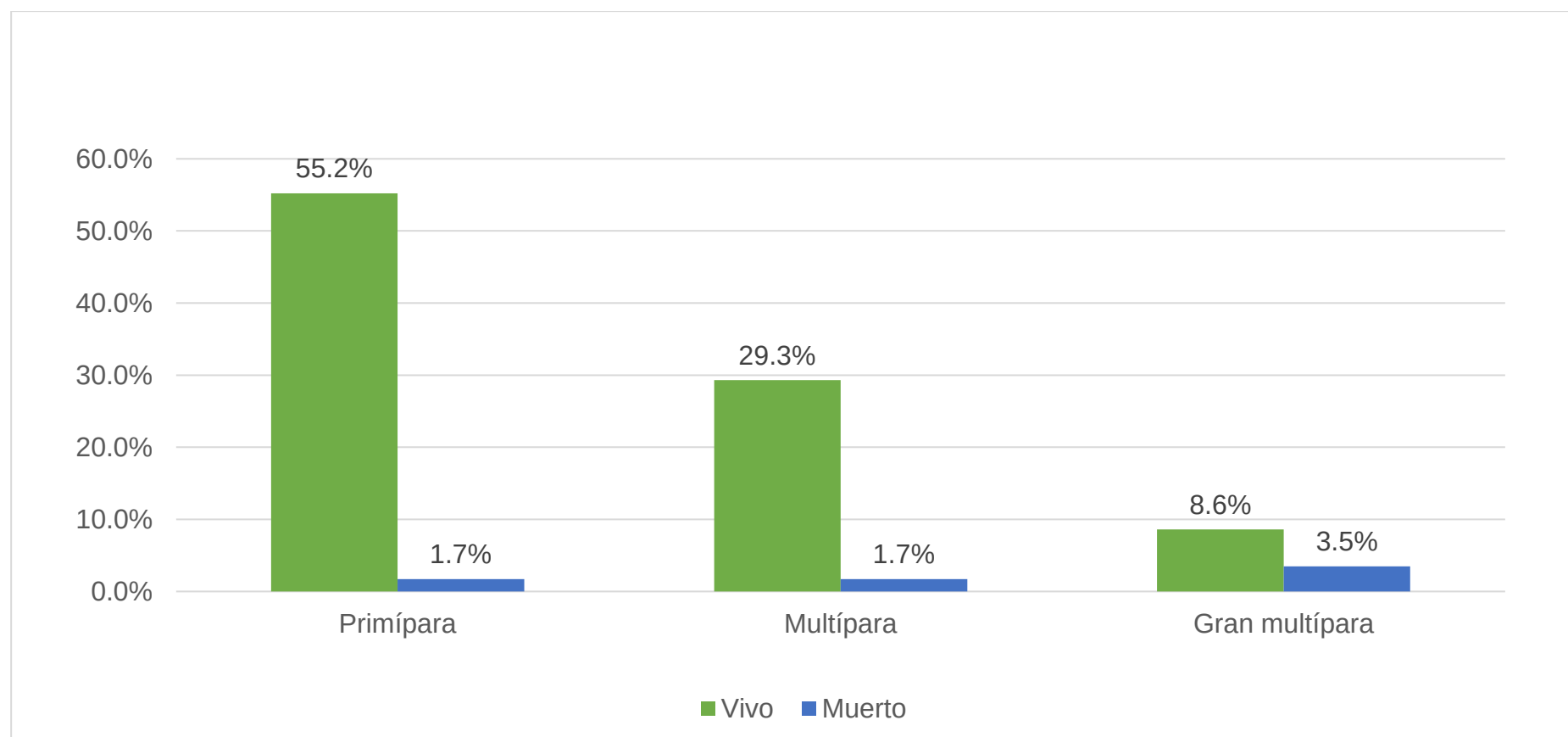


TABLA 6. PARIDAD EN LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.

PARIDAD	RESULTADO NEONATAL					
	Vivo		Muerto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	32	55.2	1	1.7	33	56.9
Múltipara	17	29.3	1	1.7	18	31.0
Gran múltipara	5	8.6	2	3.5	7	12.1
TOTAL	54	93.1	4	6.9	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 6. PARIDAD EN LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.



Fuente: Tabla 6

En cuanto a la paridad en los casos de sufrimiento fetal, el 56,9% correspondió a gestantes primíparas, el 31,0% a multíparas y el 12,1% a gran multíparas.

Con respecto al resultado neonatal, el 55.2% correspondió a neonatos vivos, mientras que el 3.5% correspondió a neonatos fallecidos.

Montúfar (32) analizó las características obstétricas y encontró que la paridad no mostró una asociación significativa ($NS = 0,258$) con el sufrimiento fetal agudo. En contraste, en el presente estudio se observó que el 56,9% de las gestantes correspondieron a primíparas, lo que sugiere una mayor frecuencia de casos en este grupo. Si bien los resultados de Montúfar indican que la paridad no constituye un factor determinante, los hallazgos actuales podrían interpretarse como una tendencia a mayor vulnerabilidad en primíparas, posiblemente relacionada con la inexperiencia uterina, mayor duración del trabajo de parto o condiciones intraparto que predisponen al compromiso fetal. Esta diferencia pone de relieve la necesidad de profundizar en estudios con mayor tamaño muestral y análisis multivariado para esclarecer la verdadera influencia de la paridad en la aparición de sufrimiento fetal agudo.

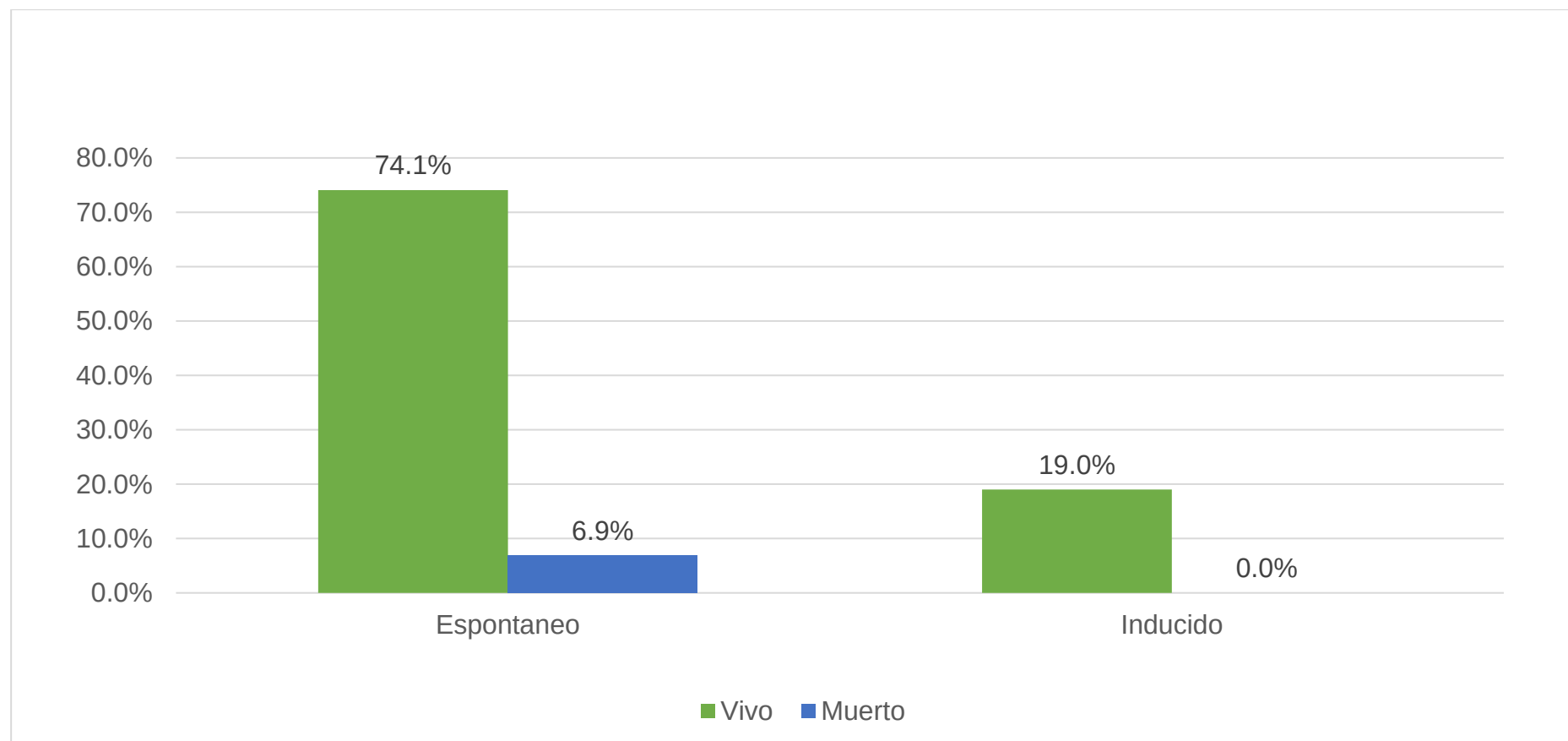


TABLA 7. TIPO DE INICIO DE TRABAJO DE PARTO EN LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.

TIPO DE INICIO DE TRABAJO DE PARTO	RESULTADO NEONATAL					
	Vivo		Muerto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Esponaneo	43	74.1	4	6.9	47	81.0
Inducido	11	19.0	0	0.0	11	19.0
TOTAL	54	93.1	4	6.9	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 7. TIPO DE INICIO DE TRABAJO DE PARTO EN LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.



Fuente: Tabla 7.



En cuanto al tipo de inicio de trabajo de parto en los casos de sufrimiento fetal el 81% fueron pacientes con parto espontaneo y el 19% pacientes que fueron inducidas.

Con respecto al resultado neonatal, el 74.1% correspondió a neonatos vivos, mientras que el 6.9% correspondió a neonatos fallecidos.

Cárdenas (30) identificó que la hipertensión inducida por el embarazo fue un factor relevante en la presentación de sufrimiento fetal agudo, con una frecuencia del 60,0% y una asociación estadísticamente significativa ($OR = 3,66$; $p = 0,018$). En contraste, en el presente estudio se observó que el 81% de las gestantes cursaron con un trabajo de parto espontáneo, lo cual refleja un perfil clínico diferente, donde la mayoría de los casos no estuvo condicionada por patologías hipertensivas, sino por el desarrollo intrínseco del proceso de parto. Esta discrepancia puede deberse a variaciones en las características poblacionales y en los factores obstétricos predominantes en cada contexto. Sin embargo, ambos estudios coinciden en resaltar que la vigilancia estrecha durante el trabajo de parto es fundamental, dado que, independientemente de la causa, la alteración del bienestar fetal puede manifestarse en diferentes escenarios clínicos.

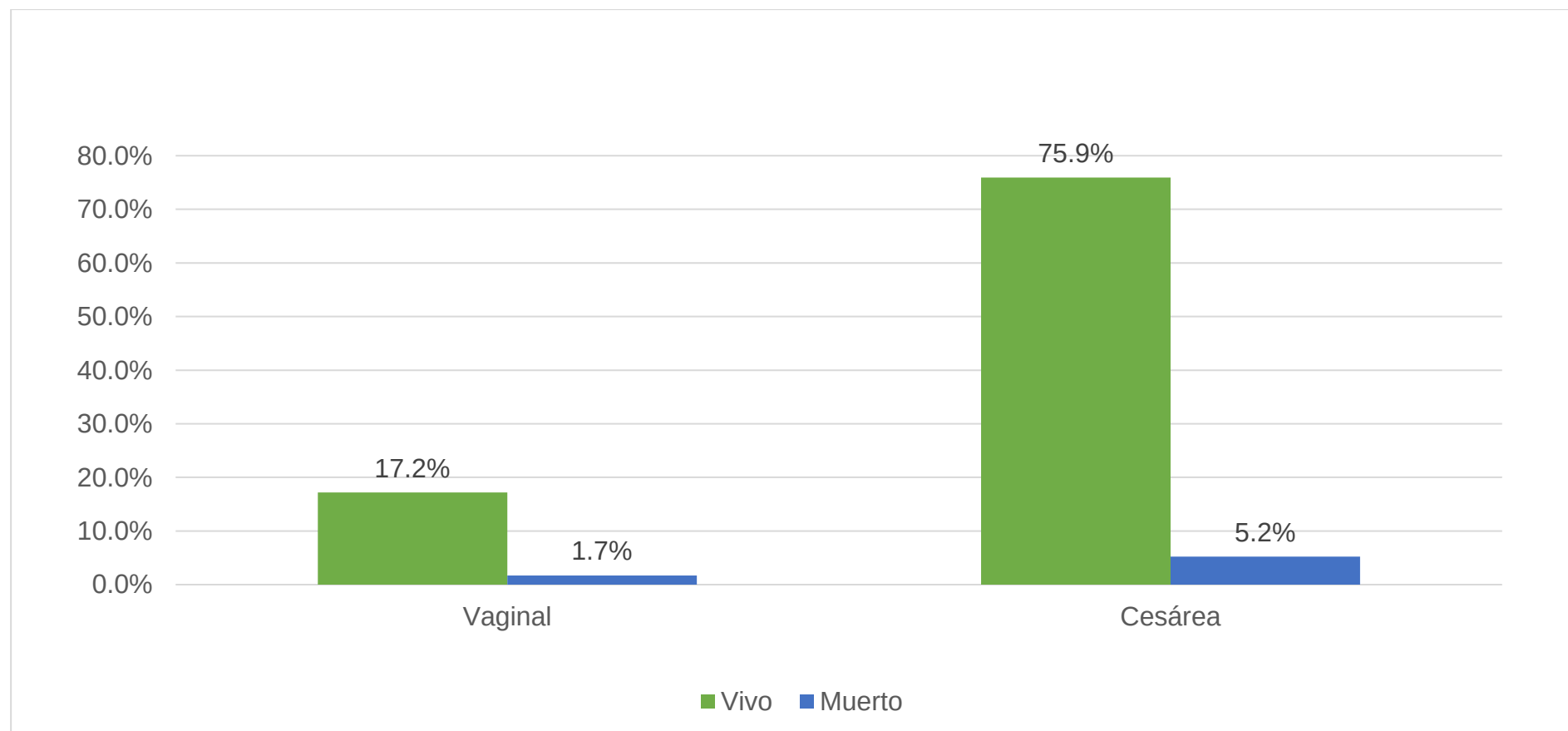


TABLA 8. VÍA DE FINALIZACIÓN DE PARTO EN LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES, MACUSANI, 2024.

VÍA DE FINALIZACIÓN DE PARTO	RESULTADO NEONATAL					
	Vivo		Muerto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Vaginal	10	17.2	1	1.7	11	18.9
Cesárea	44	75.9	3	5.2	47	81.1
TOTAL	54	93.1	4	6.9	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 8. RELACIÓN DE LAS VÍA DE FINALIZACIÓN DE PARTO Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024



Fuente: Tabla 8.



En cuanto a la vía de finalización del parto en los casos de sufrimiento fetal, el 81,1% de las gestantes culminó mediante cesárea, mientras que el 18,9% lo hizo por parto vaginal.

Con respecto al resultado neonatal, el 75.9% correspondió a neonatos vivos, mientras que el 5.2% correspondió a neonatos fallecidos.

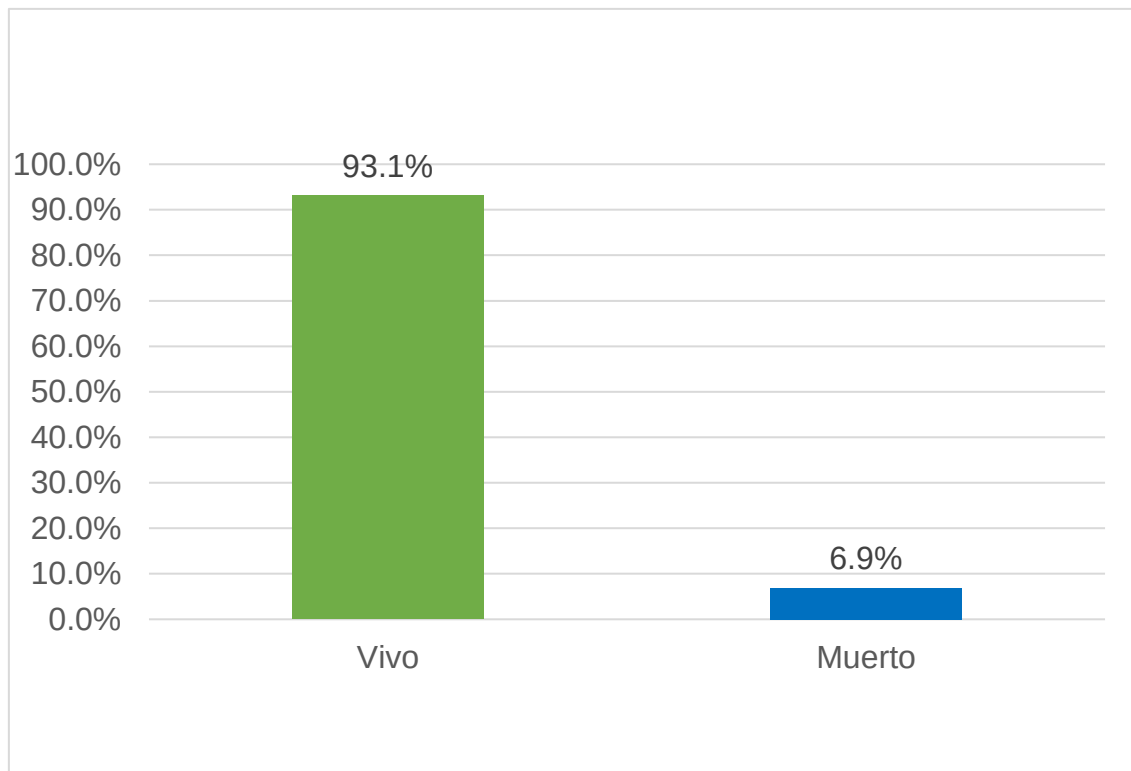
Carpio y Juño (20) reportaron que el 82,8% de los casos de sufrimiento fetal agudo culminaron en parto vaginal, señalando a esta vía como la modalidad de finalización predominante. Sin embargo, en el presente estudio se observó un resultado opuesto, dado que el 81,1% de las gestantes requirió cesárea como vía de finalización del parto. Esta discrepancia puede explicarse por las diferencias en los protocolos de atención, la capacidad resolutive de los servicios obstétricos y el criterio médico frente al compromiso fetal. Mientras que en el estudio de Carpio y Juño pudo haberse privilegiado el parto vaginal bajo estricta vigilancia, en nuestro contexto se evidencia una mayor tendencia hacia la resolución quirúrgica, probablemente como estrategia para reducir riesgos materno-fetales y garantizar una intervención más rápida. Estos hallazgos resaltan la influencia de las decisiones institucionales y del contexto clínico en la elección de la vía de parto frente a situaciones de sufrimiento fetal agudo.

TABLA 9. RESULTADOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024.

RESULTADO NEONATAL	TOTAL	
	fi	%
Vivo	54	93.1
Muerto	4	6.9
TOTAL	58	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

FIGURA 9. RESULTADOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024.



Fuente: Tabla 9.



En este apartado nos muestra el tercer objetivo específico siendo que es: Identificar los resultados del sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres.

En relación con los resultados del sufrimiento fetal agudo en gestantes, se observó que el 93.1% de los recién nacidos fueron vivos, mientras que el 6.9% correspondió a neonatos fallecidos.

En el presente estudio se observó que el 93.1% de los casos correspondió a neonatos vivos, mientras que el 6.9% fueron neonatos fallecidos, lo que evidencia una proporción aún considerable de mortalidad perinatal asociada al sufrimiento fetal agudo. En contraste, **Rivera** (23) reporta que el óbito fetal es un evento adverso con tendencia a la disminución en la población atendida en una clínica de Cartagena, lo que refleja un mejor pronóstico neonatal en dicho contexto. Esta diferencia puede deberse a factores como el nivel de complejidad de los servicios de salud, la oportunidad en la detección del sufrimiento fetal y la disponibilidad de intervenciones obstétricas inmediatas. En ese sentido, los resultados actuales ponen de relieve la necesidad de fortalecer las estrategias de vigilancia intraparto y la capacidad resolutoria del equipo de salud para disminuir la mortalidad perinatal en nuestra población.



CONCLUSIONES

Primera: Se describieron las características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani, 2024, identificando los patrones más frecuentes observados en la población estudiada.

Segunda: Se identificó las características clínicas de los casos de sufrimiento fetal agudo, observándose que el 88% presentó bradicardia fetal como signo predominante. En cuanto al tipo de líquido amniótico, el 56,9% presentó líquido meconial. Respecto al puntaje de Apgar, al minuto el 48,3% de los recién nacidos obtuvo entre 4 y 6 puntos, mientras que a los 5 minutos el 55,2% alcanzó entre 7 y 10 puntos.

Tercera: Se precisó las características obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo, observándose que el 86,3% de las gestantes se encontraban a término (37 a 41 semanas), el 56,9% eran primíparas, el 81% presentó parto espontáneo y el 81,1% fue sometida a cesárea.

Cuarta: Se identificó los resultados del sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, observándose que el 93.1% de los neonatos nacieron vivos y el 6.9% fallecieron.

RECOMENDACIONES

Primera. Al director del Hospital San Martín de Porres, Macusani, fortalecer la vigilancia obstétrica mediante monitoreo fetal continuo, capacitación del personal en detección y manejo oportuno del sufrimiento fetal agudo, establecimiento de protocolos claros de intervención y educación a las gestantes sobre signos de alarma, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad neonatal.

Segunda: Al jefe del servicio de gineco obstetricia implementar un monitoreo fetal continuo y oportuno durante el trabajo de parto, así como protocolos de intervención rápida frente a signos de bradicardia o líquido amniótico meconial, con el objetivo de mejorar el puntaje de Apgar y los resultados neonatales.

Tercera: A la jefa de obstetras fortalecer la vigilancia y el manejo obstétrico en gestantes a término, especialmente primíparas, asegurando una adecuada evaluación durante el trabajo de parto y la toma oportuna de decisiones sobre el tipo de parto para prevenir el sufrimiento fetal agudo.

Cuarta: A las obstetras implementar estrategias de detección temprana y manejo oportuno del sufrimiento fetal agudo, incluyendo monitoreo fetal continuo y protocolos de intervención rápida, con el fin de reducir la mortalidad neonatal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silvera F. Escenarios para el diagnóstico de encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal y prevalencia de sufrimiento fetal agudo en el Hospital Pereira Rossell. Revista Médica del Uruguay. 2024; (edición especial). Disponible en: https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492024000101203&script=sci_arttext.
2. Socha P. Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal: revisión de estudios en Guatemala, Suecia y Perú. [Tesis de pregrado]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2013. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstreams/4cd21df7-e745-47fd-8c3d-e667762e267c/download>.
3. Miriam B. Morbilidad perinatal y neurológica asociada a apgar bajo: análisis del impacto en la discapacidad neonatal. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/6183/37603_mart%C3%ADnez_biarge_miriam.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. Causas de muerte neonatal en el mundo 2022. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/neonatal-mortality>.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Estadísticas de nacimientos y mortalidad, 2022. Lima: INEI; 2023. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/nacimientos-y-defunciones/>.
6. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación de la mortalidad neonatal en el Perú, 2015-2022. Lima: MINSA; 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3806465>.



7. Dirección Regional de Salud Puno. Informe de morbilidad y mortalidad perinatal, Puno 2023. Puno: DIRESA Puno; 2024. Disponible en: <https://www.diresapuno.gob.pe/documentos/informes/2024/perinatal>.
8. Intriago J, Castro Zambrano JL, Demera Demera LC, Franco Muñoz VS. Sufrimiento fetal agudo en pacientes con preeclampsia con signos de severidad. *reciamuc*. 2022;6(1):420-433. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.420-433](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.420-433).
9. Ramos KL, Tamayo Jiménez AD. Efecto de la ingesta de aguas tradicionales en el sufrimiento fetal agudo en mujeres en trabajo de parto que ingresan al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, enero - junio 2024 [Trabajo de integración curricular]. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2024. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/17552>.
10. Rodríguez T. Factores asociados a sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes atendidas en el hospital III Iquitos - EsSalud 2018 - 2019 [Tesis de licenciatura]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/items/08aa4c5e-ff52-4974-a9df-b73ee1935c72>.
11. Mendoza EJ. Monitoreo fetal electrónico en sufrimiento fetal agudo en gestantes a término en Hospital de Tocache 2020 [Tesis de licenciatura]. Tocache: Universidad de Huánuco; 2023. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/20.500.14257/4046>.
12. Lopez Y. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes sin control prenatal durante la pandemia por COVID-19 atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2021 [Tesis de licenciatura]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2025. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/9de87496-fd6b-4494-b78b-5152c49174b4>.
13. Rosas GH. Monitoreo electrónico fetal intraparto asociado a la asfisia neonatal en el Centro de Salud Cono Sur Juliaca periodo enero mayo 2024



[Tesis de licenciatura]. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/3735>.

14. Espinoza V. Cesárea de emergencia asociada a sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. noviembre 2023 - abril 2024 [Proyecto de investigación]. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2024. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/16441>.
15. Taricuarima NR. Factores atribuibles a sufrimiento fetal agudo en un hospital del nivel III de la ciudad de Iquitos 2022 [Tesis de licenciatura]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/items/8510e134-e7c4-49c6-b2c6-ffeefcef5085>.
16. Rodríguez KL. Factores asociados a sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes atendidas en el hospital III Iquitos - EsSalud 2018 - 2019 [Tesis de licenciatura]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/items/08aa4c5e-ff52-4974-a9df-b73ee1935c72>.
17. Lopez YL. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes sin control prenatal durante la pandemia por COVID-19 atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2021 [Tesis de licenciatura]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2025. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/9de87496-fd6b-4494-b78b-5152c49174b4>.
18. Garnica N. Factores asociados al tipo de término del embarazo en gestantes de la Micro Red Metropolitano - Puno, enero - setiembre 2022 [Tesis de médico cirujano]. Huancayo: Universidad Continental; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12394/12781>.
19. Monroy A. Factores asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel



- Núñez Butrón de Puno en 2020 [Tesis doctoral]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2021. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/2a005d4ac2ffaca04ccaa63d9de33614/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
20. Barrios G. Monitoreo electrónico fetal intraparto asociado a la asfixia neonatal en el Centro de Salud Cono Sur Juliaca periodo enero mayo 2024 [Tesis de licenciatura]. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/3735>.
21. Franco V. Sufrimiento fetal agudo en pacientes con preeclampsia con signos de severidad. *reciamuc*. 2022;6(1):420-433. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.420-433](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.420-433).
22. García M, Moreno O, Carranza S, Caldiño F. Características clínicas, obstétricas y perinatales de embarazadas mexicanas con covid-19. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022. Mar-Abr;60(2):116-128. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10395882/>.
23. Rivera N. Características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal de la Clínica Maternidad Rafael Calvo [Tesis de especialización]. Cartagena de Indias: Universidad del Sinú Seccional Cartagena; 2024. Disponible en: <http://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1373/PROYECTO%20FINAL%202002.07.2024%20CARACTERISTICAS%20EPIDEMIOLOGICAS%20Y%20CLINICAS%20DE%20LAS%20GESTANTES.pdf>.
24. Suárez K, Tamayo D. Efecto de la ingesta de aguas tradicionales en el sufrimiento fetal agudo en mujeres en trabajo de parto que ingresan al servicio de emergencia del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, enero - junio 2024 [Trabajo de integración curricular]. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2024. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/17552>.



25. Hueso I, Montañó L. Cesárea de emergencia asociada a sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. noviembre 2023 - abril 2024 [Proyecto de investigación]. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2024. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/16441>.
26. Intriago J, Castro J, Demera L, Franco V. Sufrimiento fetal agudo en pacientes con preeclampsia con signos de severidad. *reciamuc*. 2022;6(1):420-433. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.420-433](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.420-433).
27. Mayta Y. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes sin control prenatal durante la pandemia por COVID-19 atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020-2021 [Tesis de licenciatura]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2025. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/9de87496-fd6b-4494-b78b-5152c49174b4>.
28. Castillo G. Descarte de sufrimiento fetal agudo en embarazo prolongado diagnosticado por ultrasonido del primer trimestre. Hospital Leoncio Prado-Huamachuco. La Libertad, 2023 [Caso clínico]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/9382>.
29. Chujutalli N. Factores atribuibles a sufrimiento fetal agudo en un hospital del nivel III de la ciudad de Iquitos 2022 [Tesis de licenciatura]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/items/8510e134-e7c4-49c6-b2c6-ffeefcef5085>.
30. Cárdenas K. Factores asociados a sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes atendidas en el hospital III Iquitos - EsSalud 2021.[Tesis de licenciatura]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/items/08aa4c5e-ff52-4974-a9df-b73ee1935c72>.



31. Herrera E. Monitoreo fetal electrónico en sufrimiento fetal agudo en gestantes a término en Hospital de Tocache 2020 [Tesis de licenciatura]. Tocache: Universidad de Huánuco; 2023. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/20.500.14257/4046>.
32. Montufar J. Complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a la atención prenatal en gestantes infectadas con covid-19 atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2020-2021 [Tesis de maestría]. Puno: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/f0a3ac3f-cbc6-405c-ae2c-0b6b3ae9d8a4>.
33. Torres A. Características relacionadas a la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023 [Tesis de licenciatura]. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/3641>.
34. Monroy A. Factores asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en 2020 [Tesis doctoral]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2021. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/2a005d4ac2ffaca04ccaa63d9de33614/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
35. Organización Panamericana de la Salud. Apgar: valor de una evaluación rápida al nacer. OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-8-2022-apgar-valor-evaluacion-rapida-nacer>.
36. Ministerio de Salud de Perú. Asfixia perinatal: causas, prevención y atención. MINSA; 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/775959-asfixia-perinatal-causas-prevencion-y-atencion>.



37. Fetal bradycardia. Manual MSD. 2024. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornos-obst%C3%A9tricos/monitorizaci%C3%B3n-fetal-electr%C3%B3nica#v75920820>.
38. Organización Mundial de la Salud. La OMS recomienda nuevas directrices para reducir la cesárea innecesaria. OMS; 2023. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news/item/10-03-2023-new-who-guideline-to-reduce-unnecessary-caesarean-sections>.
39. Clínica Universidad de Navarra. Trastornos del ritmo cardíaco fetal: taquicardia fetal. CUN Salud; 2023. Disponible en:
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/taquicardia-fetal>.
40. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Paridad y riesgos perinatales. Rev Peru Ginecol Obstet. 2022;68(2):87-93. Disponible en:
<https://rpgo.org.pe/index.php/rpgo/article/view/2418/2407>.
41. Sampieri R, Collado C, Lucio M. Metodología de la investigación. 6.^a ed. México: McGraw-Hill; 2014 [citado 26 jun 2025]. Disponible en:
https://www.elsotano.com/libro/metodologia-de-la-investigacion-6-ed_10170247 [Internet]. [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en:
<https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
42. Questionpro. Investigación no experimental: Qué es, características y ejemplos [Internet]. 2025 [citado 19 de marzo de 2025]. Disponible en:
<https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-no-experimental/>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	Signosdesufrimientofetalagudo	Tipodelíquidoamniótico	Apgaralminuto	Apgaralos5minutos	Edadgestacional	Paridad	Tipodeiniciodetrabajodeparto	Víadefinalizacióndeparto	Resultadoneonatal
1	1	1	3	3	2	1	1	2	1
2	1	1	3	3	2	1	1	2	1
3	1	2	1	2	2	1	1	2	1
4	1	2	3	3	2	1	2	2	1
5	1	1	3	3	2	1	1	2	1
6	3	1	3	3	2	3	2	2	1
7	3	2	2	2	2	3	1	1	1
8	1	2	2	2	2	1	1	2	1
9	3	2	1	2	2	2	1	1	1
10	1	2	2	2	2	1	2	2	1
11	1	2	2	2	1	2	1	2	1
12	1	1	3	3	2	1	1	2	1
13	1	1	3	3	2	2	1	2	1
14	1	2	2	2	2	2	1	2	1
15	1	2	2	3	2	2	2	1	1
16	1	3	1	1	1	1	1	1	2
17	2	1	3	3	2	1	1	2	1
18	1	2	2	3	2	2	1	2	1
19	1	2	1	2	2	1	1	1	1
20	1	2	1	2	2	1	1	1	1
21	1	2	2	2	2	2	2	2	1
22	1	1	3	3	2	1	2	2	1
23	1	1	3	3	2	2	1	2	1
24	1	2	2	2	2	1	1	1	1
25	1	1	3	3	2	1	1	2	1
26	1	1	3	3	2	1	1	2	1



	Signosdesufrimie ntofetalagudo	Tipodelíquidoamni ótico	Apgaralminuto	Apgaralos5minut os	Edadgestacional	Paridad	Tipodeiniciodetra bajodeparto	Víadefinalización departo	Resultadoneonat al
26	1	1	3	3	2	1	1	2	1
27	1	1	3	3	2	1	1	2	1
28	1	2	3	3	2	2	1	2	1
29	1	1	3	3	1	2	1	2	1
30	1	2	1	2	3	2	1	1	1
31	1	1	2	3	2	3	1	2	1
32	3	2	2	2	2	3	1	2	1
33	1	1	3	3	2	1	2	2	1
34	1	2	1	2	2	2	1	2	1
35	1	2	2	3	2	1	1	2	1
36	1	1	2	3	2	2	1	2	1
37	1	1	3	3	2	1	1	2	1
38	1	2	1	1	2	3	1	2	2
39	1	1	3	3	2	1	1	2	1
40	1	1	3	3	2	2	2	2	1
41	1	1	2	3	1	1	1	2	1
42	2	3	1	1	1	3	1	2	2
43	3	2	2	2	2	1	2	2	1
44	1	1	2	3	2	1	1	2	1
45	1	1	2	3	2	2	1	1	1
46	1	2	2	3	2	1	2	2	1
47	1	2	2	2	2	1	1	2	1
48	1	2	2	2	2	1	1	2	1
49	1	2	2	3	2	1	1	2	1
50	1	2	2	3	2	1	1	2	1
51	1	1	1	3	1	1	1	1	1



	 Signosdesufrimie ntofetalagudo	 Tipodelíquidoamni ótico	 Apgaralminuto	 Apgaralos5minut os	 Edadgestacional	 Paridad	 Tipodeiniciodetra bajodeparto	 Viadefinalización departo	 Resultadoneonat al
51	1	1	1	3	1	1	1	1	1
52	1	2	2	2	2	2	1	2	1
53	1	2	2	2	2	1	1	2	1
54	1	2	1	1	2	2	1	2	2
55	1	2	2	2	3	2	2	2	1
56	1	2	2	2	2	1	1	2	1
57	1	2	2	2	2	1	1	1	1
58	1	2	2	3	2	3	1	2	1



PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
PG: . ¿Cuáles son las características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani 2024?	Describir las características clínicas y obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres, Macusani 2024.	V1. Características clínicas y obstétricas	1.1. Características clínicas	1.1.1. Signos de sufrimiento fetal agudo 1.1.2. Tipo de líquido amniótico 1.1.3. Apgar al minuto 1.1.4. Apgar a los 5 minutos 1.2.1. Edad gestacional 1.2.2. Paridad 1.2.3. Tipo de inicio de trabajo de parto 1.2.4. Vía de finalización de parto	TIPO DE INVESTIGACIÓN Básico correlacional DISEÑO: No experimental transversal. ENFOQUE: Cuantitativo y retrospectiva. POBLACIÓN: N° 45 gestantes POBLACIÓN: el 100% de la población TÉCNICAS: Análisis documental INSTRUMENTOS Ficha de recolección de datos
¿Cuáles son las características clínicas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres?	Identificar las características clínicas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres.				
¿Cuáles son las características obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres?	Precisar las características obstétricas de los casos de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres.				
¿Cuáles son los resultados del sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres?	Identificar los resultados del sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Porres.	V2. Sufrimiento fetal agudo	2.1. Resultado neonatal	a) Vivo b) Muerto	



ANEXO 2: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones de llenado

1. Lea cuidadosamente cada ítem antes de marcar la opción correspondiente.
2. Marque con una "X" el recuadro que se ubica al lado derecho de la respuesta que corresponda a cada caso según la información registrada en la historia clínica.
3. En caso de variables con más de una opción, seleccione únicamente la opción que mejor represente el dato del caso revisado.
4. Verifique que todas las variables estén registradas correctamente y que no existan campos sin marcar.
5. Complete una ficha individual por cada gestante incluida en el estudio.

1.1.1. Signos de sufrimiento fetal agudo

- a) Bradicardia fetal []
- b) Taquicardia fetal []
- c) Pérdidas de variabilidad []

1.1.2. Tipo de líquido amniótico

- a) Claro []
- b) Meconial []
- c) Hemático []



1.1.3. Apgar al minuto

- a) Menor a 4 []
- b) 4 a 7 puntos []
- c) 7 a 10 puntos []

1.1.4. Apgar a los 5 minutos

- a) Menor a 4 []
- b) 4 a 7 puntos []
- c) 7 a 10 puntos []

1.2.1. Edad gestacional

- a) Pretérmino: < 37 semanas []
- b) A término: $37 - 41$ semanas []
- c) Postérmino: ≥ 42 semanas []

1.2.2. Paridad

- a) Primípara []
- b) Multípara []
- c) Gran multípara []



1.2.3. Tipo de inicio de trabajo de parto

a) Espontáneo []

b) Inducido []

1.2.4. Vía de finalización de parto

a) Vaginal []

b) Cesárea []

1.3.1. Resultado neonatal

a) Vivo []

b) Muerto []



ANEXO 3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: ELIA YOVANA CONDORI QUISPE

Profesión: OBSTETRA

Otros estudios: ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO y EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X	
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial					32	10
Puntaje total: <u>62</u>						

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 82.6



3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

.....ADECUADO PARA EL TEMA DE INVESTIGACION.....
.....

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, ..ELIA YOBANA CONDORI QUISPE.....
identificado con DNI N°02426716..... Certifico que realice el
juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1.Xiomara Vilca Apaza.....

Juliaca09... desetiembre..... del 2025.


Elia Y. Condori Quispe
OBSTETRA
COP. 9131



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: LUIS ALBERTO HUANCO RAMOS

Profesión: GINECOLOGO OBSTETRA

Otros estudios: ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial					52	10
Puntaje total:					62	

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 82.6



3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

..... ADECUADO PARA EL TEMA DE INVESTIGACIÓN

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, .. LUIS ALBERTO HUANCO RAMOS

identificado con DNI N° .. 41264059 Certifico que realice el

juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1. Xiomara Vilca Apaza

Juliaca 10 de Septiembre del 2025.

.....
Luis Huanco Ramos
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP. 53450 RNE. 839393



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: ELIZABETH VALERO MAYTA

Profesión: OBSTETRA

Otros estudios: ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estricto

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial					48	15
Puntaje total:					63	

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 84...



3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

..... ADECUADO PARA EL TEMA DE INVESTIGACION

.....

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, ELIZABETH VALERO MAYTA
identificado con DNI N° 45055101 Certifico que realice el
juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1..... XIONARA VILCA APAZA

Juliaca ...10... de Septiembre..... del 2025.


Elizabeth Valero Mayta
OBSTETRA
COP. 32766



ANEXO 4. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN



GOBIERNO REGIONAL
PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

RED DE SALUD
CARABAYA



**"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA
PERUANA"**

**SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR
TRABAJO DE INVESTIGACION**

**DR. HERNAN JOSE CONDORI YANQUI
DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES MACUSANI**



Yo, **XIOMARA VILCA APAZA**, identificado con
DNI 70465092, domiciliado en Av. El sol 297
Distrito de Juliaca, Provincia de San Roman,
Departamento de PUNO; actual trabajadora del
Hospital San Martin de Porres - Macusani con
cargo de **OBSTETRA** ante usted respetuosamente
digo:

Que habiendo culminado mis estudios de post grado en la escuela de post grado de
la universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, solicito a usted. Permiso para
realizar mi trabajo de investigación sobre "CARACTERISTICAS CLINICAS Y
OBSTETRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN
GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES, MACUSANI 2024"; con
el fin de optar el titulo en alto riesgo y emergencias obstétricas.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Macusani, 8 de setiembre del 2025

XIOMARA VILCA APAZA
DNI: 70465092

AV. SIMÓN BOLÍVAR N° 1102 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES MACUSANI

Web site: www.hsmpmacusani.gob.pe

Email: info@hsmpmacusani.gob.pe

Facebook: HOSPITALSMPMACUSANI



Constancia

EL QUE SUSCRIBE DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES
– MACUSANI

Otorga a:



Xiomara Vilca Apaza

Reciba un cordial saludo, a través del Hospital San Martín de Porres, tenemos el agrado de notificarle la aceptación del proyecto: **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES NIVEL II-2 – MACUSANI 2024"** el cual será desarrollado por su persona.

Durante la realización del proyecto el encargado de su desarrollo será la **OBSTETRA MARIA ESTHER AMBROCIO SUCASACA**, y tendrá la labor de supervisar de inicio a fin el proyecto ya mencionado, por otro lado, el hospital San Martín de Porres le brindará facilidades para la ejecución de su proyecto. **Asimismo, deberá entregar una copia del informe final de su proyecto.**

Sin más que agregar, esperamos que el proyecto inicie según lo esperado y sea llevado a cabo con completo éxito.

Atentamente,

Macusani, 01 de octubre del 2025



[Signature]
Dr. Paul J. Cano Pineda
Jefe del Área de Capacitación del
Hospital San Martín de Porres





ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 22/04/2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: XIOMARA VILCA APAZA

Dirección: Av. El Sol Nro 297 - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70465092

Teléfono: 940852085 email: xiomaritavilca@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: ESCUELA DE POSGRADO

Escuela Profesional o Mención: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO
Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Asesor: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☐ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☒

Título: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y OBSTÉTRICAS DE LOS CASOS DE SUFRIMIENTO
FETAL AGUDO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES; MACUSANI 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Características clínicas, casos, obstétricas y sufrimiento fetal agudo.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☐ Título ☒ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☐ Sí autorizo
- ☒ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒ Internacional

☐ Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA - SEG04

Firma de Autor



huella digital

22 - ABRIL - 2026

Fecha