



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO
ASOCIADO A LA ASFIXIA NEONATAL EN EL
CENTRO DE SALUD CONO SUR JULIACA
PERIODO ENERO MAYO 2024

PRESENTADO POR:
GRACIELA HONORATA BARRIOS ROSAS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
VITALIDAD FETAL

JULIACA – PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO
MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO
ASOCIADO A LA ASFIXIA NEONATAL EN EL
CENTRO DE SALUD CONO SUR JULIACA
PERIODO ENERO MAYO 2024

PRESENTADO POR:

GRACIELA HONORATA BARRIOS ROSAS

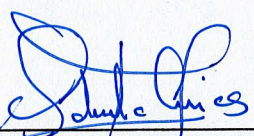
PARA OPTAR TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
VITALIDAD FETAL

APROBADO POR:

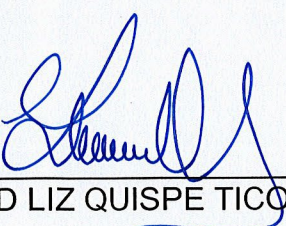
PRESIDENTE


: _____
Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON

PRIMER MIEMBRO


: _____
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

SEGUNDO MIEMBRO


: _____
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG05



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°309-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 10 de setiembre del 2024

VISTO:

El Expediente N°2024-08888 de la Egresado (a): **BARRIOS ROSAS GRACIELA HONORATA** con DNI N°02399113 y Código N°1710100930 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **VITALIDAD FETAL** Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **VITALIDAD FETAL**, Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;
Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

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. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a): **BARRIOS ROSAS GRACIELA HONORATA** del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **VITALIDAD FETAL**, en la Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Primer Miembro	:	Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Segundo Miembro	:	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

SEGUNDO. - DETERMINAR que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Fecha	:	Viernes 13 de setiembre del 2024
Hora	:	08:00 am
Lugar	:	Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



MANAGER: ESCUELA DE POSGRADO
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Escuela de Posgrado
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari
DIRECTOR (e)



MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO A LA ASFIXIA NEONATAL EN EL CENTRO DE SALUD CONO SUR JULIACA PERIODO ENERO MAYO 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

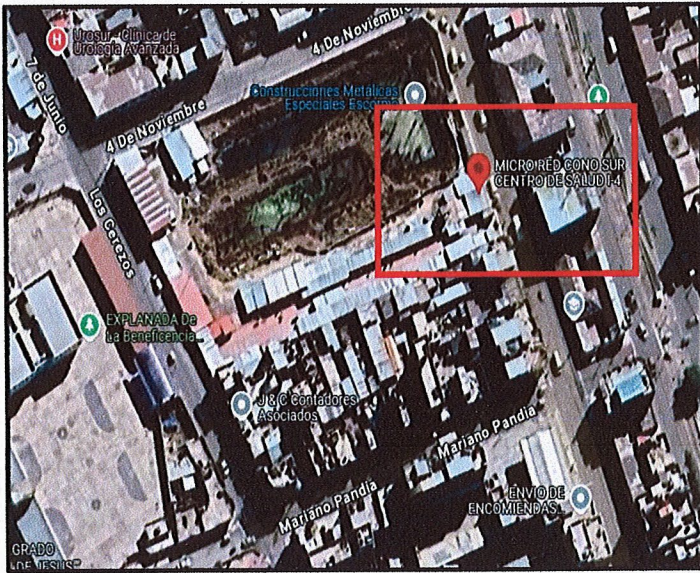
FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	10%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	revistas.urosario.edu.co Fuente de Internet	1%
7	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%



METADATOS COMPLEMENTARIOS

TRABAJO ACADÉMICO	
MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO A LA ASFIXIA NEONATAL EN EL CENTRO DE SALUD CONO SUR JULIACA PERIODO ENERO MAYO 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	GRACIELA HONORATA BARRIOS ROSAS
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02399113
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-6706-4731
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29433035
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5849-7764
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592

Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG05
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Ubicación: Centro de Salud Cono Sur Juliaca País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Latitud: 15°30'00.3"S Longitud: 70°07'47.1"W https://maps.app.goo.gl/eHoeeHQYMaXszXTE6</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2024 – Mayo 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p> <p>Obstetricia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL "DE SAN VICENTE DE CACERES VIZASQUEZ"
 ESCUELA DE POSTGRADO

 Dr. Segundo Uriz Cansaya
 DIRECTOR
 DE INVESTIGACIÓN - EPG

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo GRACIELA HONORATA BARRIOS ROSAS, identificado con DNI

Nro. 02399113 en mi condición de egresado de:

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

EN VITALIDAD FETAL

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

MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO A LA ASFIXIA NEONATAL

EN EL CENTRO DE SALUD CONO SUR JULIACA PERIODO ENERO MAYO 2024

Asesorado por: _____

Es un tema original.

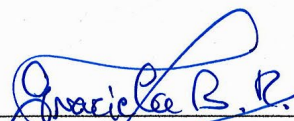
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, 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 29 de 11 del 20 24



Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y permitirme trabajar en salud,

A mi esposo e hijos por haberme apoyado en esta profesión.

Trabajo que se defiende con honor y que se ejerce con

Conocimiento de causa, empatía y responsabilidad.



AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Andina "Néstor Caceres Velásquez" de Juliaca,
Al centro de salud Cono sur de Juliaca
Al servicio de obstetricia
Al personal de admisión
Por permitirme realizar el presente trabajo académico.



ÍNDICE

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

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	2

CAPITULO II

OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL	5
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO	5

CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. MARCO TEÓRICO	6
3.2. MARCO REFERENCIAL	12
3.3. MARCO CONCEPTUAL	16



CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1. METODOLOGÍA 18

4.1.1. Métodos aplicados a la investigación 18

4.1.2. Diseño metodológico 18

4.1.3. Población 18

4.1.4. Muestreo. 18

4.1.5. Técnicas e instrumentos y fuentes de recolección de datos 19

4.1.6. Técnicas de procesamiento de análisis de datos 19

4.2. RESULTADOS 20

CONCLUSIONES..... 35

RECOMENDACIONES 36

REFERENCIAS..... 37

ANEXOS 41



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Frecuencia de trazados de monitoreo electrónico fetal intraparto en las gestantes del Centro de Salud Cono sur de Juliaca periodo Enero a Mayo 2024	20
Tabla 2	Frecuencia de asfixia en los neonatos del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo Enero a Mayo 2024	22
Tabla 3	Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto para el diagnóstico de asfixia neonatal en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo Enero a Mayo 2024	24
Tabla 4	Asociación entre control y la presencia de asfixia neonatal en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo Enero a Mayo 2024	26
Tabla 5	Diversos indicadores del Centro de salud cono Sur de Juliaca periodo Enero a Mayo 2024	29



INTRODUCCIÓN

El monitoreo electrónico fetal intraparto (MEFI), se ha convertido en una herramienta fundamental en la obstetricia moderna a nivel mundial. Desde su introducción en la década de 1960, el monitoreo electrónico fetal intraparto ha sido adoptado ampliamente con el objetivo de mejorar los resultados perinatales y reducir la incidencia de complicaciones neonatales, como la asfixia. Este tipo de monitoreo permite la evaluación continua del bienestar fetal durante el trabajo de parto, proporcionando datos cruciales sobre la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas. Estudios internacionales han demostrado que el uso adecuado del monitoreo electrónico fetal intraparto, puede disminuir la mortalidad y morbilidad neonatal, aunque también se debate su impacto en la tasa de cesáreas y otras intervenciones obstétricas. Países desarrollados y en vías de desarrollo han implementado esta tecnología con variaciones en su accesibilidad y resultados, reflejando desigualdades en los sistemas de salud.

En el contexto nacional, el Perú ha experimentado una creciente adopción del monitoreo electrónico fetal, especialmente en hospitales y centros de salud urbanos. La implementación de monitoreo electrónico fetal en el país busca alinearse con las recomendaciones internacionales y mejorar los indicadores de salud materno-infantil. Sin embargo, la disponibilidad y el uso efectivo de esta tecnología varía significativamente entre regiones, influenciado por factores como la infraestructura, la capacitación del personal de salud y los recursos disponibles. Estudios realizados en diversas regiones del país han revelado que, a pesar de los avances, persisten desafíos importantes en la identificación temprana y manejo de la asfixia neonatal, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal en el Perú.



En el ámbito regional, particularmente en la región de Puno y en la ciudad de Juliaca, el Centro de salud Cono Sur ha sido pionero en la implementación del monitoreo electrónico fetal. como parte de sus protocolos de atención obstétrica. Este centro de salud ha enfrentado retos significativos, incluyendo la necesidad de mejorar la formación del personal en el uso del monitoreo electrónico fetal, y garantizar la disponibilidad continua del equipo. A nivel local, las estadísticas muestran una alta incidencia de asfixia neonatal, lo que ha impulsado la adopción de medidas más rigurosas para el monitoreo fetal durante el trabajo de parto. El presente estudio se centra en evaluar la efectividad del monitoreo electrónico fetal, en la reducción de la asfixia neonatal en el Centro de salud Cono Sur, aportando datos valiosos para la mejora de la atención perinatal en la región.

Este enfoque multinivel nos permite comprender el impacto del monitoreo electrónico fetal intraparto desde una perspectiva global hasta su aplicación local, destacando la importancia de esta tecnología en la mejora de los resultados perinatales y la reducción de la asfixia neonatal.

El trabajo se conforma en cuatro capítulos; como el capítulo I, se encuentra los aspectos generales; el capítulo II se formuló los objetivos; el capítulo III se redactó el aspecto o las bases teóricas y el capítulo IV, se plasma la planificación, culminando con las conclusiones y sugerencias.



RESUMEN

Objetivo: Determinar el valor predictor del monitoreo electrónico fetal intraparto para el diagnóstico de asfixia neonatal. **Material y Método:** La información se recopiló utilizando un formulario diseñado para esta investigación y se puede encontrar en el Apéndice 1. Los datos de las hojas de recolección se utilizaron para construir una base de datos en Excel 2016, que luego se trasladó al software estadístico SPSS-25 para su análisis. Se recopilaron datos sobre la distribución de frecuencia de las variables independientes y dependientes y luego se mostraron en tablas y gráficos. **Resultados:** Estos resultados indican que la gran mayoría de los neonatos, un 86%, no experimentan asfixia al nacer. Este porcentaje alto sugiere que el manejo del parto y las intervenciones obstétricas en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca son generalmente efectivas en prevenir la asfixia neonatal, asegurando así un inicio saludable de vida para la mayoría de los recién nacidos. **Conclusión:** respecto de la frecuencia de Asfixia Neonatal, se encontró que un 14% de los neonatos presentaron asfixia al nacer, lo cual es un porcentaje significativo que requiere atención y acciones preventivas. Y, respecto del fetal electrónico intraparto; el valor predictivo del monitoreo fetal electrónico muestra que los trazados alterados tienen un VPP del 61.54% para predecir asfixia neonatal, mientras que los trazados normales tienen un VPN del 89.12%. Aunque el monitoreo es útil, hay una proporción de falsos negativos y positivos que deben ser gestionados.

Palabras clave: monitoreo fetal, cardiotocografía, asfixia neonatal, Asfixia perinatal; encefalopatía hipóxico-isquémica



ABSTRACT

Objective: Determine the predictive value of the intrapartum electronic fetal monitoring for the diagnosis of neonatal asphyxia. **Material and Method:** Information was collected using a form designed for this research and can be found in Appendix 1. Data from collection sheets were used to build a database in Excel 2016, which was then transferred to statistical software. SPSS-25 for analysis. Data on the frequency distribution of the independent and dependent variables were collected and then displayed in tables and graphs. **Results:** These results indicate that the vast majority of neonates, 86%, do not experience asphyxiation at birth. This high percentage suggests that birth management and obstetric interventions at the Cono Sur Health Center of Juliaca are generally effective in preventing neonatal asphyxia, thus ensuring a healthy start to life for the majority of newborns. **Conclusion:** Regarding the frequency of Neonatal Asphyxia, it was found that 14% of neonates presented asphyxia at birth, which is a significant percentage that requires attention and preventive actions. And, regarding the intrapartum electronic fetal; The predictive value of electronic fetal monitoring shows that altered tracings have a PPV of 61.54% for predicting neonatal asphyxia, while normal tracings have a NPV of 89.12%. Although monitoring is useful, there is a proportion of false negatives and positives that must be managed.

Keywords: fetal monitoring, cardiotocography, neonatal asphyxia, perinatal asphyxia; hypoxic-ischemic encephalopathy



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO

MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO A LA ASFIXIA NEONATAL EN EL CENTRO DE SALUD CONO SUR JULIACA 2024

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El monitoreo electrónico fetal, es una herramienta crucial en la atención obstétrica moderna, diseñada para evaluar la salud y el bienestar del feto durante el trabajo de parto y el parto mismo. Sin embargo, en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca, se ha observado una preocupante asociación entre el monitoreo electrónico fetal intraparto y la incidencia de asfixia neonatal. (1)

A pesar de los avances tecnológicos y la disponibilidad de equipos de monitoreo fetal de última generación en la unidad obstétrica, se han registrado casos de asfixia neonatal que plantean interrogantes sobre la eficacia y la adecuación de las prácticas de monitoreo electrónico fetal en este entorno de atención médica. (2)

La asfixia neonatal, una condición grave que puede tener consecuencias a largo plazo para la salud del recién nacido, representa un desafío significativo en la



atención perinatal. La falta de una detección y respuesta adecuadas durante el trabajo de parto puede resultar en daño cerebral, discapacidad o incluso la muerte del neonato. (3)

Por lo tanto, es imperativo investigar y comprender en profundidad la relación entre el monitoreo electrónico fetal, y la incidencia de asfixia neonatal en el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca. Esta descripción del problema establece la base para la identificación de posibles deficiencias en los protocolos de monitoreo fetal, la capacitación del personal médico y la implementación de medidas correctivas para mejorar la seguridad y los resultados perinatales en esta institución de salud.

Formulación del problema

¿En qué sentido el monitoreo electrónico fetal intraparto se asocia a la asfixia neonatal en el Centro de Salud Cono Sur Juliaca?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Justificación teórica

El monitoreo electrónico fetal intraparto, se ha consolidado como una técnica esencial en la obstetricia moderna, proporcionando datos continuos sobre el bienestar fetal durante el trabajo de parto. Teóricamente, el monitoreo electrónico fetal intraparto, permite la detección temprana de patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal, que pueden indicar sufrimiento fetal y riesgo de asfixia neonatal. La asfixia neonatal es una causa significativa de morbilidad y mortalidad en recién nacidos, y su prevención es crucial para mejorar los resultados perinatales. La teoría detrás del uso del monitoreo electrónico fetal intraparto, se basa en la capacidad de este sistema para proporcionar información en tiempo real que permite intervenciones oportunas, reduciendo así la incidencia de complicaciones neonatales



graves. Este estudio se justifica teóricamente en la necesidad de explorar y confirmar el impacto del monitoreo electrónico fetal intraparto en la reducción de la asfixia neonatal en un contexto específico, como el Centro de Salud Cono Sur - Juliaca. (4)

Justificación práctica

A nivel práctico, este estudio es crucial para mejorar la calidad de atención en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca. La implementación efectiva del monitoreo electrónico fetal, puede proporcionar beneficios directos tanto para los profesionales de la salud como para las pacientes. Para los profesionales, el monitoreo electrónico fetal intraparto ofrece una herramienta precisa para la toma de decisiones clínicas durante el trabajo de parto, mejorando la capacidad de responder adecuadamente a las situaciones de riesgo fetal. Para las pacientes y sus recién nacidos, un monitoreo adecuado puede significar la diferencia entre una intervención oportuna y la prevención de resultados adversos como la asfixia neonatal. Además, este estudio puede identificar áreas de mejora en la formación del personal y en la gestión de recursos, optimizando así la utilización del monitoreo electrónico fetal intraparto en la práctica diaria. La justificación práctica radica en la potencial mejora de los resultados perinatales y la reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en la región. (2)

Justificación metodológica

Metodológicamente, este estudio se fundamenta en un diseño descriptivo y cuantitativo, que permite una evaluación objetiva y sistemática del impacto del monitoreo electrónico fetal intraparto en la incidencia de asfixia neonatal. La revisión de historias clínicas es una estrategia robusta para recopilar datos precisos y detallados sobre los casos de monitoreo electrónico fetal y sus resultados asociados.



Este enfoque metodológico asegura que se utilice una base de datos clínica existente y extensa, proporcionando una muestra representativa de la población atendida en el Centro de Salud Cono Sur. La cuantificación de los datos permite el análisis estadístico, facilitando la identificación de patrones y correlaciones significativas entre el uso del monitoreo electrónico fetal intraparto y la asfixia neonatal. La metodología elegida garantiza la rigurosidad científica del estudio, permitiendo conclusiones válidas y generalizables que pueden informar futuras prácticas y políticas de salud en la región.



CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

OG. Determinar el valor predictor del monitoreo electrónico fetal intraparto para el diagnóstico de asfixia neonatal.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

OE1. Describir las características de la asfixia neonatal en el centro de salud cono sur.

OE2. Describir las características sociodemográficas del monitoreo fetal intraparto asociado a la asfixia neonatal en el centro de salud cono sur.



CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. MARCO TEÓRICO

3.1.1. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL

El uso de monitorización fetal electrónica es una parte rutinaria de la atención obstétrica moderna, destinada a evaluar la salud y el estado general del feto durante el trabajo de parto y el parto. Este proceso es crucial para identificar y prevenir posibles complicaciones que podrían ocurrir durante el parto, permitiendo una intervención rápida para garantizar el bienestar tanto de la madre como del bebé. (5)

Se utiliza equipo especializado para registrar y analizar continuamente la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas de la madre en la monitorización fetal electrónica. Esta información es esencial para comprender los niveles de oxígeno y la respuesta fetal al estrés del parto. (7)

La monitorización fetal electrónica tiene dos métodos principales.

La monitorización intermitente se lleva a cabo a intervalos de tiempo constantes, normalmente cada 30 minutos durante la etapa de dilatación y cada 15 minutos



durante la etapa de expulsión. En este procedimiento, se utiliza el estetoscopio o Doppler fetal para controlar la frecuencia cardíaca fetal.

La monitorización continua implica el uso de un dispositivo electrónico para registrar continuamente la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas en un gráfico durante el parto. Este enfoque ofrece una supervisión más completa y continua de la salud del feto. (6)

El principal objetivo de la monitorización fetal electrónica es identificar indicios de sufrimiento fetal, como disminución o aumento de la frecuencia cardíaca fetal, variación mínima de la frecuencia cardíaca y desaceleraciones variables o tardías. La frecuencia cardíaca fetal aumenta en las primeras etapas de desarrollo. Estos síntomas podrían sugerir una reducción en el suministro de oxígeno al feto y la necesidad de atención médica urgente para evitar daños o problemas. (8)

El uso de la monitorización fetal electrónica ha sido muy útil para reducir las enfermedades y la muerte de los recién nacidos al detectar tempranamente la privación de oxígeno fetal y tomar las medidas necesarias para prevenirla o tratarla. Es fundamental comprender que la monitorización fetal electrónica no es infalible y puede ser propensa a malas interpretaciones, falsas alarmas o limitaciones técnicas.

En conclusión, el monitoreo electrónico del feto es un aspecto crucial de la atención obstétrica contemporánea, ya que ofrece un monitoreo continuo y preciso de la salud del bebé durante el parto, para detectar y prevenir cualquier problema potencial y garantizar los mejores resultados posibles para el bebé y la madre. (9)



3.1.2. TEORIAS SOBRE EL MONITOREO ELECTRONICO FETAL

A lo largo del tiempo, han existido diferentes teorías y métodos con respecto a la monitorización fetal electrónica, cada uno de los cuales ofrece perspectivas únicas sobre cómo interpretar y utilizar los datos recopilados. Estas son algunas de las teorías más importantes sobre la monitorización electrónica de los latidos del corazón fetal:

La teoría de la hipoxemia fetal sugiere que las variaciones en la frecuencia cardíaca fetal observadas durante la monitorización electrónica pueden usarse para medir los niveles de oxígeno del feto. Según este punto de vista, los cambios en la frecuencia cardíaca fetal podrían indicar la reacción del feto a los niveles bajos de oxígeno, lo que resultaría en distintas modificaciones en las lecturas de monitoreo.

(10)

La teoría de la respuesta a la hipoxia fetal examina cómo reacciona fisiológicamente el feto ante la falta de oxígeno. Se cree que el feto reacciona a niveles más bajos de oxígeno ajustando su frecuencia cardíaca y patrón de respiración. Por lo tanto, se utiliza la monitorización electrónica del feto para identificar estas alteraciones e implementar intervenciones para abordar los niveles bajos de oxígeno y evitar daños al feto. (11)

La teoría de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal sugiere que las fluctuaciones en la frecuencia cardíaca de un feto reflejan la salud de su sistema nervioso autónomo. Una variación suficiente en la frecuencia cardíaca fetal se considera un signo positivo de la salud del bebé, mientras que una variación reducida podría ser una señal de sufrimiento fetal y la necesidad de asistencia

médica. (12)

Teoría de las desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal: esta teoría sugiere que cuando el monitoreo electrónico muestra desaceleraciones en la frecuencia cardíaca del feto, indica la reacción del feto al estrés del parto. Pueden ocurrir diferentes tipos de desaceleraciones, como variables, tardías o tempranas, y pueden indicar diferentes niveles de sufrimiento fetal que deben evaluarse y abordarse. (13)

Estas teorías ofrecen un marco conceptual para comprender los principios que forman la base de la monitorización fetal electrónica y cómo se utiliza en entornos clínicos. Es esencial comprender que la monitorización fetal electrónica es sólo una parte de la evaluación general de un paciente y debe interpretarse dentro de las circunstancias clínicas únicas de cada caso. La eficacia de este seguimiento también puede diferir según la experiencia y el criterio clínico del proveedor de atención médica. (14)

3.1.3. LA ASFIXIA NEONATAL

La asfixia neonatal es una condición que se produce cuando el recién nacido experimenta una disminución significativa en el suministro de oxígeno durante el proceso de nacimiento, lo que puede resultar en daño cerebral y otros problemas de salud graves si no se trata rápidamente. La teoría subyacente a la asfixia neonatal aborda los diferentes mecanismos y factores que pueden contribuir a esta complicación perinatal. (15)

1. **Mecanismos de asfixia:** La teoría sugiere que la asfixia neonatal puede ocurrir debido a diversos mecanismos, incluyendo la compresión del cordón



umbilical durante el parto, la obstrucción de las vías respiratorias del recién nacido, la insuficiencia placentaria, la hipoxemia materna, la hipotensión materna, entre otros. Estos mecanismos pueden interferir con el intercambio adecuado de oxígeno y dióxido de carbono, lo que lleva a una disminución en los niveles de oxígeno en la sangre del feto.

2. **Respuesta fisiológica del neonato:** Ante la disminución del suministro de oxígeno, el neonato puede experimentar una serie de respuestas fisiológicas para intentar compensar la hipoxia. Estas respuestas pueden incluir un aumento en la frecuencia cardíaca, cambios en la presión arterial, alteraciones en la frecuencia respiratoria y otros signos de estrés metabólico. (16)
3. **Daño cerebral y consecuencias a largo plazo:** La falta de oxígeno durante el nacimiento puede provocar lesiones cerebrales en el recién nacido, como la encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), que puede tener consecuencias graves y duraderas en el desarrollo neurológico del niño. Estas lesiones pueden presentarse como retrasos en el desarrollo, limitaciones en las capacidades intelectuales, dificultades con el movimiento y ataques epilépticos, entre otros problemas.
4. **Intervención y manejo:** La teoría también enfatiza la importancia de una intervención rápida y efectiva para revertir la hipoxia y prevenir el daño cerebral en el neonato. Esto puede incluir maniobras de reanimación neonatal, administración de oxígeno suplementario, soporte ventilatorio, entre otras medidas destinadas a restaurar la oxigenación adecuada y garantizar la supervivencia y el bienestar del recién nacido. (17)



En resumen, la teoría sobre la asfixia neonatal proporciona una comprensión de los mecanismos subyacentes y las consecuencias de esta complicación perinatal, así como la importancia de una intervención oportuna y adecuada para prevenir el daño cerebral y mejorar los resultados a largo plazo para el neonato afectado.

3.1.4. CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR ADECUADAMENTE UN MONITOREO FETAL

Un seguimiento insuficiente del estado del bebé durante el parto puede tener graves repercusiones tanto para la madre como para el bebé. Estas son algunas de las posibles consecuencias de una monitorización fetal inadecuada:

- **Retraso en la detección de sufrimiento fetal:** El monitoreo fetal es fundamental para detectar signos de sufrimiento fetal, como bradicardia, taquicardia, variabilidad disminuida y desaceleraciones anormales en la frecuencia cardíaca fetal. Si el monitoreo no se realiza adecuadamente o se interpreta incorrectamente, puede haber un retraso en la detección de estos signos, lo que aumenta el riesgo de lesiones o daño al feto. (18)
- **Falta de intervención oportuna:** Una monitorización fetal inadecuada puede llevar a una falta de intervención oportuna en casos de sufrimiento fetal. La falta de acción ante signos de compromiso fetal puede resultar en una disminución en el suministro de oxígeno al feto, lo que aumenta el riesgo de asfixia neonatal, daño cerebral e incluso la muerte fetal. (19)
- **Complicaciones para la madre:** La monitorización fetal también puede ayudar a detectar complicaciones obstétricas que pueden afectar la salud de la madre, como la hipertensión inducida por el embarazo o la preeclampsia. Si

estas complicaciones no se detectan a tiempo, pueden resultar en complicaciones graves para la madre, como convulsiones, accidente cerebrovascular, hemorragia posparto o incluso la muerte materna. (20)

- **Resultados neonatales adversos:** La falta de monitorización fetal adecuada puede aumentar el riesgo de resultados neonatales adversos, como la asfixia neonatal, el traumatismo durante el parto, la encefalopatía hipóxico-isquémica y otras lesiones cerebrales. Estas complicaciones pueden tener consecuencias a largo plazo para el desarrollo neurológico del recién nacido, incluyendo discapacidad intelectual, trastornos del movimiento y convulsiones.

En resumen, no realizar adecuadamente el monitoreo electrónico fetal durante el trabajo de parto puede tener consecuencias graves para la madre y el feto, incluyendo un aumento en el riesgo de sufrimiento fetal, lesiones o daño cerebral neonatal, complicaciones para la madre y resultados neonatales adversos. Es fundamental que el monitoreo fetal se realice de manera adecuada y que se tomen las medidas apropiadas en respuesta a los hallazgos del monitoreo para garantizar la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del bebé durante el parto. (21)

3.2. MARCO REFERENCIAL

Casas B. (22) En el Hospital Tingo María se realizó un estudio para evaluar qué tan bien el monitor fetal y las pruebas diagnósticas por ultrasonido podían predecir la asfixia perinatal en mujeres embarazadas. El objetivo era determinar el nivel de acuerdo entre las dos pruebas. Entre mayo y agosto de 2014 se realizó un estudio epidemiológico analítico mediante un diseño Relacional. De mayo a agosto de 2015 se continuó desarrollando el estudio. La muestra estuvo compuesta por 25



mujeres embarazadas que cumplieron con criterios específicos y fueron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. Estos criterios incluyeron mujeres embarazadas con 25 semanas de gestación o más hasta el intraparto. La investigación utilizó como herramienta el análisis documental y registró los hallazgos solicitados, con una ficha de recolección de datos para el diagnóstico predictivo de asfixia perinatal que fue validada por juicio de expertos. Los principales hallazgos indicaron que el 92% de los casos perinatales tenían un feto normal o fisiológico según el diagnóstico del perfil ecográfico biofísico, mientras que el 8% tenía sospecha de asfixia y el 0% tenía una fuerte sospecha de asfixia crónica. En cuanto al diagnóstico por monitorización fetal electrónica, el 88% tuvo un diagnóstico fisiológico, el 8% fue dudoso y el 4% fue clasificado como grave (hipóxico). La puntuación APGAR se ha utilizado para regular la precisión de estas pruebas, y la prueba de ultrasonido demuestra niveles más altos de precisión. La prueba diagnóstica ecográfica muestra una fuerte concordancia en la predicción de asfixia perinatal respecto al puntaje APGAR en recién nacidos de gestantes en el Hospital Tingo María en el año 2014, con un índice de Kohen Kappa de 0.648 y un valor p de 0.001. (22)

Rodríguez (23) busca evaluar la capacidad de la prueba de esfuerzo para predecir asfixia neonatal en embarazos a término con niveles bajos de líquido amniótico. Se realizó un estudio transversal retrospectivo para analizar las pruebas diagnósticas para predecir la asfixia en recién nacidos. El estudio evaluó la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos y los índices de probabilidad de la prueba de esfuerzo, con 153 participantes incluidos en el análisis. Historiales médicos de embarazos que llegaron a término y experimentaron niveles bajos de líquido amniótico y fueron atendidos en el Hospital de Trujillo 2017. Hallazgos: La



ocurrencia de asfixia neonatal en embarazos a término con niveles bajos de líquido amniótico fue de 13.41 %. La capacidad de la prueba de esfuerzo para predecir resultados con precisión está respaldada por su sensibilidad del 81,81%, especificidad del 94,65% y valores predictivos positivos y negativos del 72% y 96,87% respectivamente. Además, tiene una alta predicción correcta. porcentaje (CPP) de 15, 29 y un porcentaje de clasificación errónea (MCP) bajo de 19, 21. La prueba de esfuerzo es altamente efectiva para predecir la asfixia neonatal en embarazos con niveles bajos de líquido amniótico. (18)

Rincón P. (24) La hipoxemia resultante de problemas fetales u obstétricos puede provocar asfixia perinatal y daño cerebral en los recién nacidos. Alrededor del 15 al 20% de los bebés afectados no sobreviven a la etapa neonatal, y el 25% de los que sí lo hacen sufren deterioros neurológicos a largo plazo. Objetivo: Identificar los factores durante el embarazo, parto y desarrollo fetal que se vinculan con el diagnóstico de asfixia en recién nacidos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital de Bogotá entre 2011. En este estudio se utilizó un diseño retrospectivo de casos y controles. se utilizó, en el que los casos se emparejaron con los controles según su fecha de nacimiento en una proporción de 1:5 (51 casos emparejados con 306 controles). Los casos de asfixia perinatal se identificaron según los estándares establecidos por la Academia Estadounidense de Pediatría y el Colegio Estadounidense de Ginecología y Obstetricia. Las relaciones se evaluaron mediante la prueba Chi-cuadrado o la prueba de Fisher para datos emparejados, junto con el odds ratio y un intervalo de confianza del 95%. Se utilizó el modelo de regresión logística condicional para realizar el análisis multivariado. Hallazgos: Los factores de riesgo que muestran un fuerte vínculo incluyen el historial médico materno y el primer embarazo antes de dar a luz. Durante el parto,



existen riesgos potenciales como separación de la placenta, sangrado abundante en el tercer trimestre, niveles bajos de líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal rápida, monitorización fetal anormal durante el parto, trabajo de parto prolongado, fiebre alta de la madre, infección de las membranas fetales, enfermedad de la madre. convulsiones y frecuencia cardíaca fetal lenta. El feto tiene una edad gestacional Ballard de 36 semanas o menos, nace con instrumentos, tiene líquido amniótico teñido con sangre o meconio, tiene un cordón circular y pesa 2500 gramos o menos. En el análisis exhaustivo se determinó que el síndrome hipertensivo relacionado con el embarazo y el síndrome de hipertensión son factores importantes que contribuyen al riesgo. Es fundamental reconocer y gestionar rápidamente los factores de riesgo para reducir las posibilidades de asfixia perinatal en los recién nacidos.

Saco A, (25) realizó un estudio en el Hospital Regional de Pucallpa para evaluar qué tan bien la monitorización fetal electrónica intraparto puede diagnosticar el sufrimiento fetal agudo. Este fue un estudio que miró hacia atrás y observó datos de diferentes fuentes, utilizando un diseño de investigación descriptivo. Los hallazgos clave mostraron que las pruebas sin estrés en casos de sufrimiento fetal agudo tuvieron resultados variables, siendo la mayoría patológicos. Análisis adicionales indicaron que la monitorización fetal electrónica fue eficaz en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo.

Camacho A. (26) El periparto es la última etapa del embarazo, y es un momento complejo y con potencial de complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de las pacientes. El período de hipoxia y asfixia neonatal supone un riesgo de elevada morbilidad y mortalidad. Monitorear al feto durante el trabajo de parto ayuda a

identificar problemas tempranamente, lo que reduce las posibilidades de complicaciones durante el parto. El objetivo fue realizar una revisión documentaria para recopilar información actual sobre la relación entre la monitorización fetal anormal durante el parto y los resultados del parto. Se encontraron 82 documentos, de los cuales 50 fueron incluidos en el estudio. Los datos se recopilaron tanto de bases de datos locales como de bases de datos globales acreditadas (Scopus, Medline, PubMed y Web of Science). Los hallazgos principales consisten en identificar los factores asociados con la enfermedad y muerte fetal antes y durante el parto, así como los métodos para monitorear al feto durante el parto. También se podría evaluar la posible conexión entre la monitorización fetal anormal durante el parto y los resultados resultantes del parto. La revisión de la literatura sugiere que no existe un acuerdo claro sobre la conexión entre la monitorización fetal anormal durante el parto y los resultados para el bebé. Se necesita más investigación para confirmar o descartar este vínculo.

3.3. MARCO CONCEPTUAL

3.3.1. Asfixia perinatal

La asfixia perinatal se refiere a la falta de oxígeno durante el parto. Esto se relaciona con la falta de oxígeno al feto o al recién nacido durante el parto, lo que puede provocar daño cerebral y otros problemas de salud graves. La asfixia perinatal puede ocurrir debido a diferentes factores, incluido el parto prolongado o difícil, la separación prematura de la placenta, el cordón umbilical que bloquea la cabeza del bebé durante el parto y la disminución o interrupción del flujo sanguíneo al feto. (27)

3.3.2. Encefalopatía hipóxico-isquémica

Daño cerebral causado por la falta de oxígeno y la reducción del flujo sanguíneo.



Es un trastorno neurológico que ocurre cuando el cerebro del bebé no recibe suficiente oxígeno durante el parto. La encefalopatía hipóxica isquémica puede provocar una variedad de problemas neurológicos, como convulsiones, problemas respiratorios, pérdida del conocimiento, deterioro cognitivo y parálisis cerebral. (28)

3.3.3. Factores de riesgo

Factores que contribuyen a la probabilidad de encontrar riesgo. Algunos factores que pueden elevar la probabilidad de asfixia perinatal y encefalopatía hipóxica isquémica incluyen preeclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro, macrosomía fetal e infecciones maternas. (29)

3.3.4. Morbilidad perinatal

Complicaciones durante el parto y el puerperio. Esto se refiere a cualquier enfermedad o problema de salud que afecte al feto o al recién nacido. Los posibles resultados adversos durante el período perinatal podrían abarcar prematuridad, bajo peso al nacer, anomalías congénitas, infecciones y problemas respiratorios. (29)

3.3.5. Mortalidad perinatal

Muerte de un bebé o feto alrededor del momento del parto. Este término describe el fallecimiento de un feto o recién nacido antes o durante el proceso de parto. Hay varios factores que pueden provocar mortalidad perinatal, como la asfixia perinatal, el parto prematuro, las anomalías congénitas y las infecciones. (30)



CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1. METODOLOGÍA

4.1.1. Métodos aplicados a la investigación

La investigación emplea un enfoque cuantitativo y abarca diseños de estudios observacionales, retrospectivos y transversales. (23)

4.1.2. Diseño metodológico

La investigación tiene una estructura no experimental, modelada a partir de pruebas diagnósticas, y la muestra fue elegida en base al diagnóstico. Por lo tanto, no se manipulan las variables sino solo se describen, siendo el tipo de estudio básica de enfoque cuantitativo.

4.1.3. Población

El trabajo incluyó las historias clínicas gestantes cuyo parto haya sido atendido en el centro de salud cono sur de Juliaca en el periodo enero a mayo 2024. Siendo un total de 108 gestantes

4.1.4. Muestreo.

La muestra es igual a la población elegida considerando los criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Gestantes con trazado de monitoreo electrónico fetal intraparto en su historia clínica.
- Gestantes con embarazo con embarazo a término y feto único.

Criterios de exclusión

- Gestantes con parto inducido.
- Gestantes con feto macrosómico.

4.1.5. Técnicas e instrumentos y fuentes de recolección de datos

Los investigadores utilizaron técnicas de observación para recopilar datos de los pacientes mediante la revisión de las historias clínicas. Se revisaron las actas de nacimiento para estudiar los detalles clínicos de los recién nacidos y el uso de monitorización fetal electrónica. La técnica de recolección de datos mediante la ficha de recolección de datos, de acuerdo con los objetivos especificados.

4.1.6. Técnicas de procesamiento de análisis de datos

La información se recopiló utilizando una ficha diseñada para esta investigación y se puede encontrar en el anexo 1. Los datos de las fichas de recolección se utilizaron para construir una base de datos en Excel 2016, que luego se trasladó al software estadístico SPSS-25 para su análisis. Se recopilaron datos y luego se mostraron en tablas y gráficos.

4.2. RESULTADOS

Tabla 1

Frecuencia de Trazados de monitoreo electrónico fetal intraparto en las gestantes del centro de salud Cono Sur de Juliaca periodo Enero a Mayo del 2024

Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto	Fi	%
Trazado Normal	95	88%
Trazado Alterado	13	12%
Total	108	100%

Fuente. Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

El monitoreo electrónico fetal, en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca, muestra una distribución de los trazados fetales en las gestantes de la siguiente manera:

- Trazado normal: 88%
- Trazado alterado: 12%



Estos resultados indican que la gran mayoría de los trazados fetales registrados durante el parto en este centro de salud son normales, con un 88% de los casos. Este alto porcentaje sugiere que la mayoría de los fetos no presentan signos de sufrimiento fetal intraparto, lo cual es un indicador positivo del bienestar fetal durante el trabajo de parto.

Por otro lado, el 12% de los trazados alterados representa una proporción menor pero significativa de gestantes que podrían estar experimentando complicaciones fetales intraparto. Estos trazados alterados requieren una atención especial y una intervención oportuna para prevenir posibles casos de asfixia neonatal y otras complicaciones perinatales.

En conclusión, el alto porcentaje de trazados normales es alentador y sugiere un buen manejo y monitoreo intraparto en el Cono Sur de Juliaca. Sin embargo, es fundamental seguir vigilando y gestionando adecuadamente los casos con trazados alterados para asegurar el mejor resultado posible para el recién nacido.

Tabla 2

Frecuencia de Asfixia en los Neonatos del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo Enero a Mayo 2024

Asfixia Neonatal	Frecuencia	%
No	92	85%
Si	16	15%
Total	108	100%

Fuente. Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

El análisis de la frecuencia de asfixia en los neonatos del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca; durante el año 2024 revela la siguiente distribución:

- No asfixia neonatal: 85%
- Sí asfixia neonatal: 15%

Estos resultados indican que la gran mayoría de los neonatos, un 86%, no experimentan asfixia al nacer. Este porcentaje alto sugiere que el manejo del parto y las intervenciones obstétricas en el Centro de Salud Cono Sur; son generalmente efectivas en prevenir la asfixia neonatal, asegurando así un inicio saludable de vida para la mayoría de los recién nacidos.

Sin embargo, un 15% de los neonatos sí presenta asfixia al nacer. Este porcentaje, aunque menor en comparación con los casos sin asfixia, es significativo y resalta la



necesidad de seguir mejorando las prácticas de monitoreo y manejo intraparto. La presencia de asfixia neonatal en estos casos puede estar asociada a complicaciones durante el parto que no fueron completamente mitigadas, a pesar del monitoreo electrónico fetal intraparto.

En resumen, mientras que la mayoría de los neonatos en el Centro de Salud Cono Sur, no sufren asfixia neonatal, existe una proporción considerable que sí lo hace. Esto subraya la importancia de continuar con esfuerzos enfocados en la mejora de las técnicas de monitoreo y la intervención oportuna durante el parto para reducir aún más la incidencia de asfixia neonatal y mejorar los resultados de salud perinatal.

Tabla 3

Valor Predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto para el Diagnóstico de Asfixia Neonatal en el Centro de Salud Cono Sur periodo Enero a Mayo 2024

Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto	Asfixia Neonatal		Total
	Si	No	
Alterado	8	5	13
Normal	8	87	95
Total	16	92	108

Indicadores	Valor
Sensibilidad (%)	50.00
Especificidad (%)	94.56
VPP (%)	61.53
VPN (%)	91.57
RV +	1.00
RV -	0.52

Fuente. Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

El valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto, para el diagnóstico de asfixia neonatal en el Centro de Salud Cono Sur, se desglosa de la siguiente manera:

Trazado Alterado:

- Asfixia neonatal (sí): 8
- Asfixia neonatal (no): 5



- Total, de trazados alterados: 13

Trazado Normal:

- Asfixia neonatal (sí): 8
- Asfixia neonatal (no): 87
- Total, de trazados normales: 95

Sensibilidad: Es la probabilidad de 50% que el monitoreo electrónico fetal sea anormal cuando existe asfixia neonatal

Especificidad: Es la probabilidad de 94.56% que el monitoreo electrónico fetal sea normal cuando no existe asfixia

Valor Predictivo Positivo (VPP) del 61.53%:

Un trazado fetal alterado tiene una probabilidad del 61.53% de estar asociado a asfixia neonatal. Esto sugiere que más de la mitad de los trazados alterados detectados por el monitoreo electrónico fetal intraparto en este centro de salud están correctamente identificando a los neonatos que sufrirán asfixia neonatal. Sin embargo, aún hay un 38.47% de los trazados alterados que no resultan en asfixia, indicando que el monitoreo electrónico fetal intraparto puede generar algunas alarmas falsas.

Valor Predictivo Negativo (VPN) del 91.57%:

Un trazado fetal normal tiene una probabilidad del 91.57% de estar asociado a la ausencia de asfixia neonatal. Esto indica que la mayoría de los trazados normales detectados por el monitoreo electrónico fetal intraparto.

intraparto son confiables para identificar a los neonatos que no sufrirán asfixia neonatal. Sin embargo, hay un 8.47% de los trazados normales donde sí ocurre asfixia, sugiriendo que algunos casos de asfixia neonatal no son detectados por el monitoreo electrónico fetal.

Por lo tanto, el monitoreo fetal electrónico intraparto en el Centro de Salud Cono Sur-

Juliaca; tiene una alta precisión para identificar a los neonatos sin asfixia neonatal (VPN de 91.57%) y una moderada capacidad para predecir asfixia neonatal en casos con trazados alterados (VPP de 61.53%). Estos resultados subrayan la importancia del monitoreo electrónico fetal intraparto, como una herramienta útil en el manejo del parto, aunque también revelan la necesidad de complementar el monitoreo con otras evaluaciones y estar atentos a las señales clínicas para mejorar la detección y el manejo de la asfixia neonatal.

Tabla 4

Asociación entre Control y la Presencia de Asfixia Neonatal en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo Enero a Mayo 2024

ASFIXIA						
Variables Control	Si		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad Materna	<17 años	7	6%	17	16%	24 (22%)
	18 a 29 años	4	4%	55	51%	59 (55%)
	>30 años	5	5%	20	19%	25 (23%)

Fuente Ficha de recolección de datos.



INTERPRETACIÓN: Gestante Adolescente (22%)

Un 22% de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Cono Sur-Juliaca; son adolescentes. Este porcentaje significativo indica que una gran proporción de embarazos ocurre en mujeres adolescentes. Los embarazos adolescentes pueden estar asociados a un mayor riesgo de complicaciones tanto maternas como neonatales, incluyendo la posibilidad de asfixia neonatal, debido a factores como la inmadurez fisiológica y socioeconómica, acceso limitado a servicios de salud prenatal, y mayor incidencia de partos prematuros.

Gestante joven (55%):

La mayor proporción de gestantes, con un 55%, corresponde a mujeres jóvenes. Esta categoría incluye a mujeres en la edad reproductiva óptima, generalmente entre los 18 y los 29 años. Las gestantes adultas suelen tener mejores resultados perinatales debido a la madurez física y un mayor acceso a cuidados prenatales. Esto podría implicar un menor riesgo de complicaciones, incluyendo la asfixia neonatal, comparado con las gestantes adolescentes o añosas.

Gestante Adulta (23%):

Un 23% de las gestantes son consideradas añosas, es decir, mujeres de 30 años o más. Los embarazos en mujeres adultas pueden estar asociados a un mayor riesgo de complicaciones, tanto maternas como neonatales, debido a factores como enfermedades crónicas preexistentes (hipertensión, diabetes), disminución de la reserva ovárica, y un mayor riesgo de anomalías cromosómicas. Estos factores



pueden aumentar el riesgo de asfixia neonatal y otros problemas perinatales.

Conclusión: La distribución de la edad materna entre las gestantes del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca muestra una variabilidad significativa, con un predominio de gestantes jóvenes (55%), seguidas por gestantes adolescentes (22%) y adultas (23%). Este perfil de edad implica diferentes niveles de riesgo perinatal y subraya la necesidad de una atención prenatal personalizada. Las gestantes adolescentes y añosas requieren una vigilancia más estrecha y una intervención temprana para mitigar los riesgos asociados, incluyendo la asfixia neonatal. Por otro lado, la alta proporción de gestantes adultas es un factor positivo, pero no excluye la necesidad de un monitoreo continuo y adecuado para asegurar resultados perinatales óptimos.

Tabla 5 *Diversos indicadores del Centro de Salud Cono sur de Juliaca periodo Enero a Mayo 2024*

	INDICADOR	fi	%	fi	%	TOTAL
Grado de Instrucción	Primaria	3	3%	8	7%	11 (10%)
	Secundaria	9	8%	58	54%	67 (62%)
	Superior	4	4%	26	24%	30 (28%)
Estado Civil	Soltera	8	7%	12	11%	20 (18%)
	Casada	2	2%	18	17%	20 (19%)
	Conviviente	6	5%	62	57%	68 (63%)
Edad Gestacional	Término	7	6%	84	79%	91 (85%)
	En vías de prolongación	9	8%	8	7%	17 (15%)
Paridad	Primípara	12	11%	24	22%	36 (33%)
	Múltipara	4	4%	68	63%	72 (67%)
Anemia Materna	Si	9	8%	29	28%	38 (36%)
	No	7	6%	63	58%	70 (64%)
APGAR	normal	0	0%	92	85%	92(85%)
	Depresión moderada	16	15%	0	0%	16 (15%)
	Total	16	15%	92	85%	108 (100%)

Fuente ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN DE INDICADORES DIVERSOS

El análisis de diversos indicadores en el Centro de Salud Cono Sur-Juliaca; proporciona una visión integral de las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes atendidas, así como de los resultados perinatales. A continuación, se presenta la interpretación de cada uno de los indicadores:



Grado de Instrucción

- Primaria: 10% (11 gestantes)
- Secundaria: 62% (57 gestantes)
- Superior: 28% (30 gestantes)

La mayoría de las gestantes tienen educación secundaria (62%), seguido de superior (28%) y por primaria (10%). Este perfil educativo sugiere que la mayoría de las gestantes tiene al menos un nivel básico de educación, lo que puede influir positivamente en su capacidad para seguir las recomendaciones médicas y participar en cuidados prenatales adecuados.

Estado Civil

- Soltera: 18% (20 gestantes)
- Casada: 19% (20 gestantes)
- Conviviente: 63% (68 gestantes)

La mayoría de las gestantes son convivientes (63%), seguidas por solteras (18%) y casadas (19%). Este alto porcentaje de convivientes y solteras puede implicar diferentes niveles de apoyo social y económico, que pueden influir en la salud materna y neonatal.

Edad Gestacional

- Término completo: 85%
- En vías de prolongación: 15%

Más de la mitad de las gestantes llegaron a término completo (85%), mientras que un 15% tuvo partos en vías de prolongación antes de las 41 semanas de edad gestacional. Estos datos sugieren una distribución relativamente equilibrada, aunque



el porcentaje de partos en vías de prolongación es significativo y puede estar asociado a mayores riesgos perinatales.

Paridad

- Primípara: 33%
- Multípara: 67%

La distribución de la paridad muestra que un 33% de las gestantes son primíparas y un 67% multíparas. Este equilibrio indica una variedad de experiencias reproductivas, con un tercio de las gestantes experimentando su primer parto.

Anemia Materna

- Sí: 36%
- No: 64%

Un 36% de las gestantes presentó anemia materna, lo cual es significativo y requiere atención, ya que la anemia puede afectar negativamente tanto la salud materna como la neonatal.

APGAR

- Buena condición: 85%
- Depresión moderada: 15%

La mayoría de los neonatos (85%) nacieron en buena condición según la puntuación Apgar. Sin embargo, un 15% presentó depresión moderada, indicando la necesidad de cuidados neonatales especializados en estos casos.

Conclusión

El perfil sociodemográfico y clínico de las gestantes atendidas en el Centro de salud Cono Sur-Juliaca; muestra una población diversa en términos de educación, estado civil



y paridad. Aunque los neonatos nacen en buena condición, persisten desafíos significativos como la anemia materna. Estos datos resaltan la importancia de continuar fortaleciendo los servicios de salud materna y perinatal para mejorar los resultados y la calidad de atención en este centro de salud.

ANÁLISIS

El monitoreo electrónico fetal, es una técnica de vigilancia comúnmente utilizada a nivel mundial, con uso rutinario en muchos lugares, destinada a reducir la incidencia de enfermedades y muertes fetales. Fue diseñado para detectar fetos que experimentan una reducción significativa en el suministro de oxígeno durante eventos estresantes como el parto. El objetivo es notificar al personal médico en la sala de partos sobre la posible necesidad de referencia aun establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Casa B La última edición de una revisión integral, incluida en la base de datos Cochrane, comprende 13 ensayos clínicos aleatorios. Los hallazgos de los investigadores sugieren que el uso del monitoreo electrónico fetal durante el parto está relacionado con una disminución de las convulsiones neonatales. Sin embargo, no encontraron la misma correlación con la aparición de parálisis cerebral y la mortalidad infantil. Además, se descubrió que el monitoreo electrónico fetal estaba relacionado con un aumento de los partos por cesárea y de los partos vaginales instrumentales (26).

El estudio incluyó a 108 mujeres embarazadas que parto en el centro de salud Cono Sur de Juliaca. Se recogieron dos puntos de datos cruciales de las pacientes: los



resultados del monitoreo electrónico fetal intraparto realizado, y si sus recién nacidos experimentaron asfixia o no

La Tabla 1 muestra la tasa de aparición de diferentes tipos de rastreo monitoreo electrónico fetal intraparto. La muestra completa se dividió en dos categorías: 95 gestantes con trazado normal, y 13 con trazado modificado. Los hallazgos reflejan fielmente los de Albán V, quien realizó un estudio con 129 mujeres embarazadas. A diferencia de nuestra investigación, el estudio de Albán V no excluyó a mujeres embarazadas con hipertensión, diabetes o anomalías fetales. De las 129 mujeres embarazadas, 123 fueron clasificadas en la categoría I (95,35%), 5 fueron categorizadas en la categoría II (3,88%) y solo una cayó en la categoría III (0,77%)(31)

Rodríguez (23), en cambio, la investigación de Valenzuela L arrojó resultados contrastantes. De las 184 gestantes incluidas en el estudio, el 40,8% tenía trazado normal, el 52,7% tenía trazado sospechoso y el 6,5% tenía trazado patológico. Un inconveniente de este estudio es la falta de criterios claros para incluir y excluir a los participantes, lo que dificulta la capacidad de comparar con precisión nuestra población y sus resultados (23).

La Tabla 2 muestra la aparición de recién nacidos con y sin diagnóstico de asfixia neonatal. La inmensa mayoría, el 85% de toda la muestra, no recibió el diagnóstico, mientras que al 15% se le diagnosticó asfixia al nacer. Una investigación realizada en Iquitos conoció la tasa de partos en un hospital local entre 2013 y 2014. En 2013, de 868 ingresos a UCIN, solo el 3,2% fueron identificados con asfixia neonatal, mientras que, en 2014, el 6,4% de los 876 ingresos a la UCIN se atribuyeron a asfixia (29).



Salazar Z y Castro B realizaron una investigación sobre pruebas diagnósticas para identificar sufrimiento fetal agudo. Compararon la cardiotocografía fetal con la puntuación de Apgar, que se considera el estándar más fiable. El resultado mostró una sensibilidad del 21,7%, una especificidad del 84,4%, un valor predictivo positivo del 50%, un valor predictivo negativo del 60%, un índice de probabilidad positivo de 1,4 y un índice de probabilidad negativo de 0,92 (21.) El principal contraste entre nuestros resultados y aquellos es la inclusión de VR+. Los resultados muestran que los recién nacidos con asfixia tenían más probabilidades de tener un monitoreo electrónico alterado en comparación con aquellos sin asfixia. (20)



CONCLUSIONES

PRIMERA. El seguimiento electrónico del feto es un indicador fiable para identificar la asfixia neonatal. La mayoría de los monitoreos fetales intraparto en el Centro de Salud Cono Sur, arrojaron resultados normales (88%), mientras que un pequeño porcentaje presentó hallazgos anormales (12%).

SEGUNDA. En el trabajo se describió las características de la asfixia neonatal donde, respecto de la frecuencia de Asfixia Neonatal, se encontró que un 15% de los neonatos presentaron asfixia al nacer, lo cual es un porcentaje significativo que requiere atención y acciones preventivas. Y, respecto del fetal electrónico intraparto; el valor predictivo del monitoreo fetal electrónico muestra que los trazados alterados tienen un valor predictivo positivo del 61.53% para predecir asfixia neonatal, mientras que los trazados normales tienen un valor predictivo negativo del 91.57%. Aunque el monitoreo es útil, hay una proporción de falsos negativos y positivos que deben ser gestionados.

TERCERA. El perfil sociodemográfico y clínico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca; muestra una población diversa en términos de educación, estado civil y paridad. Aunque la mayoría de los neonatos nacen en buena condición, persisten desafíos significativos como la anemia materna. Estos datos resaltan la importancia de continuar fortaleciendo los servicios de salud materna y perinatal para mejorar los resultados y la calidad de atención en este centro de salud.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. Se recomienda al jefe del Centro de Salud Cono Sur Juliaca continúen utilizando el monitoreo fetal electrónico en todas las mujeres embarazadas en trabajo de parto, ya que se ha demostrado que evalúa efectivamente la tolerancia del feto a las contracciones uterinas.

SEGUNDA. Es aconsejable realizar más investigaciones sobre el tema utilizando diversos métodos de investigación, como estudios de casos y controles, para obtener información adicional sobre los pros y los contras de la monitorización fetal electrónica durante el parto en entornos clínicos cotidianos.

TERCERA. Coordinar con el jefe del servicio de obstetricia para mejorar la capacitación del personal en el uso e interpretación del monitoreo fetal electrónico y considerar el uso de tecnologías complementarias para una evaluación más precisa del bienestar fetal.



REFERENCIAS

1. Pérez R,. Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un hospital institucional. *Acta Pediatr Mex.* 2018; 39(1):23-32.
2. Manriquez G, Análisis de los factores de riesgo de muerte neonatal en Chile, 2010-2014. *Rev Chil Pediatr.* 2017; 88(4):458-464.
3. Ávila J, La mortalidad neonatal en el Perú, 2011-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2015; 32(3):423-30.
4. Cullen P, Salgado E. Conceptos básicos para el manejo de la asfixia perinatal. *Rev Mex Pediatr* 2009; 76(4); 174-180.
5. Tejerina H. Asfixia neonatal. *Rev Soc Bol Ped* 2007; 46(2):145-50.
6. Morales P. Pathophysiology of perinatal asphyxia. *EPMA Journal.* 2011; 2:211-230.
7. Ibarra M, Chio I, Sufrimiento fetal agudo. Un reto. Disponible en: <https://tinyurl.com/2geufuuh>
8. Nápoles D. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. *MEDISAN.* 2013; 17(3):521-534
9. Del Riesgo L,. Hipoxia perinatal en el Hospital Mederi de Bogotá: comportamiento en los años 2007 a 2011. *Rev Salud Pública.* 2017; 19(3):332-339.
10. Ugwumadu A. Case for a more physiological approach to interpretation. *BJOG.* 2014; 121(9):1063-1070.
11. Cahill A, Spain J. Intrapartum fetal monitoring. *Clinical Obstetrics and Gynecology.*



- 2015; 58(2): 263-268.
12. Terre C, Frances L. Control del bienestar fetal: monitorización biofísica intraparto. Rev ROL Enferm. 2015; 38(2):131-138.
 13. Bogdanovic G, J. Cardiotocography in the prognosis of perinatal outcome. Med Arh. 2014; 68(2):102-105.
 14. Soracipa Y,. Confirmación diagnóstica de la evaluación del trazado del MEFI. Revista de Física. 2018; 57:27-40.
 15. Nozar M, Fiol V. Importancia del MEFI. Rev Med Urug. 2008; 24:94-101.
 16. Acero O, Ticona M, Huanco D. Resultados perinatales del recién nacido con Apgar Tacna, Rev. 2019; 65(1):21-26.
 17. Dalili H et al. Comparison of the combined versus conventional Apgar. PLOS ONE. 2016; 11(2):1-11.
 18. American Academy of Pediatrics. The Apgar scores. PEDIATRICS. 2015; 136(4):819-822.
 19. Leinonen E. Apgar scores at both one and five minutes are associated with long. Acta Paediatrica. 2018; 107(6):942-951.
 20. Salazar Z, Castro B. Cesárea por monitorización cardiotocográfica fetal no satisfactoria. Revista U de Cuenca. 2013.
 21. Medeiros et al. Intrapartum fetal heart rate. Frontiers in Physiology. 2018; 9(1489):1-6.



22. Casas Barral, Susy. "Estudio de concordancia entre el ecógrafo y el monitor fetal en la predicción de la asfixia perinatal en gestantes del Hospital Tingo María de Mayo–agosto 2014." (2017)
23. Rodríguez Pajuelo, Patricia Roxana. "Test estresante como predictor de asfixia neonatal en gestantes a término con oligohidramnios." (2018)
24. Rincón-Socha, Práxedes Isabel, et al. "Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal en el Hospital Universitario Méderi, 2010-2011." *Revista Ciencias de la Salud* 15.3 (2017): 345-356
25. Saco Andrade, Claudia Estefanía. "Eficacia del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo en el Hospital Regional Pucallpa. año 2014." (2015).
26. Camacho Alvarado, Silvana Dalina. "Monitoreo fetal intraparto sospechoso y patológico en relación a los resultados perinatales de las gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2019." (2022).
27. Barrena N, Evaluación fetal intraparto MEFI. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71(1):63-68.
28. CIOMS. Investigación. Disponible en: <https://tinyurl.com/2h3ppyyg>
29. Protocolos SEGO. MEFI. *Prog Obstet Ginecol.* 2005; 48(4):207-16.
30. Alfrevic Z, Continuous cardiotocography (CTG). 2017; Issue 2. Art No CD006066
31. . Albán V. El Monitoreo fetal electrónico durante la labor de parto y su relación con



el Apgar al nacimiento de neonatos. [Tesis]. Facultad de Ciencias Médicas.

Universidad Regional Autónoma de los Andes. 2017



ANEXOS



ANEXO 1.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha...../...../..... Hcl.....

1.- Datos generales de la gestante:

Edad materna:

<17años.....18 a 29 años.....>30 años.....

Grado de instrucción:

Primaria.....secundaria.....superior.....

Estado civil:

Soltera.....casada.....conviviente.....

Edad gestacional:

A termino 37 a 40 semanas.....

en vias de prolongacion <41 semanas.....

Paridad:

Primipara..... multipara.....

Anemia: si..... no.....

Puntuacion de Apgar:

0-3.....4-6.....7 a 10.....

Monitoreo electronico fetal intraparto:

Trazado normal.....trazado alterado.....

Asfixia neonatal:

Si..... no.....



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 29/11/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: GRACIELA HONORATA BARRIOS ROSAS

Dirección: ENACE LA CAPILLA MZ 2 LT 36 - JULIACA

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 02399113

Teléfono: 951592252 email: grabaro@hotmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: _____

Título o Grado Académico a optar: TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN VITALIDAD FETAL

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO A LA ASFIXIA NEONATAL
EN EL CENTRO DE SALUD CONO SUR JULIACA PERIODO ENERO MAYO 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Monitoreo electrónico fetal, asfixia neonatal

¿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 Y REPRODUCTIVA – SEG05

Firma de Autor



huella digital

29-11-2024

Fecha