

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



=====

**RELACIÓN DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL ANTE PARTO
Y RESULTADOS DEL APGAR EN RECIÉN NACIDOS.
HOSPITAL DE APOYO NAZCA – ICA. AÑO 2015.**

=====

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

AUTORA: OBSTETRA CASTRO LICLA, RITA MILAGROS

ASESORA: MG. IBETH FIGUEROA SANCHEZ

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

“A mis padres, por su paciencia, su apoyo incondicional para poder realizarme como persona, seguir avanzando profesionalmente por sus enseñanzas, consejos y sobre todo por motivarme siempre a perseguir mis sueños”

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme salud y guiar mis pasos para lograr mis objetivos.

A mi asesora de tesis, por brindarme sus conocimientos y valioso apoyo en la elaboración de mi tesis.

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

Al Dr. Juan J. Aguado Saavedra por brindarme todas las facilidades y poder realizar mi tesis en el hospital que su persona dirige.

RESUMEN

La investigación realizada, tuvo como objetivo determinar la relación entre monitoreo electrónico fetal según test no estresante y los resultados del Apgar en recién nacidos. Hospital de apoyo de Nazca – Ica. Año 2015. Utilizando un diseño: Descriptivo, de tipo prospectivo y transversal de nivel relacional; siendo los resultados: Monitoreo electrónico fetal: normal con el Apgar al minuto 75%; Monitoreo electrónico fetal: patológico con el Apgar al minuto 25%. Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada para asociación, porque el H^i : $Chi^2 C_{calculado} = 18,750 > Chi^2_{tabular} = 3,81$; por lo que, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y en consecuencia se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1): ambas variables están relacionadas. Concluyendo que: Existe relación entre el monitoreo electrónico ante parto según Test no estresante y los resultados del Apgar en recién nacidos de gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca – Ica. Año 2015.

Palabras Claves: Test no estresante y resultados del Apgar.

SUMMARY

The objective of the research was to determine the relationship between electronic fetal monitoring according to non-stress test and the results of Apgar in newborns. Support hospital of Nazca - Ica. Year 2015. Using a design: Descriptive, prospective and transversal type of relational level; Being the results: Electronic fetal monitoring: normal with Apgar at 75% minute; Fetal electronic monitoring: pathological with Apgar at 25% minute. Statistical Chi-square test was used for association, because the H_0 : $\chi^2_{C} \text{ calculated} = 18,750 > \chi^2_{\text{tabular}} = 3.81$; So that the Null Hypothesis (H_0) is rejected and consequently the Alternate Hypothesis (H_1) is accepted: both variables are related. Concluding that: There is a relationship between electronic monitoring before delivery according to non - stress test and Apgar results in newborns of pregnant women attended at the Nazca - Ica support hospital. Year 2015.

Key words: *Not stressful Test and the Apgar score results.*

INTRODUCCIÓN

El monitoreo electrónico fetal anteparto es una de las técnicas más utilizadas en nuestro medio, para identificar fetos con problemas o riesgo de hacer hipoxia, la evaluación del Apgar es un procedimiento sencillo y de aplicación rápida que valorara a los 5 minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo; Así en nuestro estudio se muestra recién nacidos con altos puntaje de Apgar, que tuvieron un test no estresante reactivo, de igual manera niños deprimidos con un test no estresante no reactivo y patológico.

El propósito principal del test no estresante es detectar a tiempo alteraciones que pueda repercutir a corto o mediano plazo en el recién nacido dejando secuelas, permitiendo por tanto poner en marcha los procedimientos necesarios que permitan mejorar el resultado perinatal. La mayoría de estos métodos de evaluación del estado fetal son todavía imperfectos, ya que con frecuencia se sobre diagnostica (falsos negativos) o pasa por alto (falsos negativos) presencia de compromiso fetal. En la búsqueda de disminuir la morbimortalidad perinatal se opta por la cardiotocografía continúa debiendo ser la clave del éxito para tal objetivo, que sea realizado por un personal calificado y con todas las herramientas necesarias, ya que se han apreciado importantes errores de interpretación en los trazados de frecuencia cardíaca fetal, en trabajos que presentan pobres resultados neonatales y resultados de test no estresante muy satisfactorios. Es decir, una parte importante de las inconsistencias entre clínica y resultado proceden de la inadecuada interpretación de los trazados. Planteamos la siguiente interrogante, ¿Cuál es la relación entre el monitoreo electrónico fetal anteparto según test no estresante y los

resultados del Apgar del recién nacido. Hospital de apoyo de Nazca - Ica Año 2015?; siendo el objetivo, determinar la relación entre el test no estresante y los resultados del Apgar, específicamente Identificar los resultados del Apgar y resultados del test no estresante. El diseño de estudio fue descriptivo, de nivel relacional, con una población muestral de 50 gestantes a término. Se observó en el estudio que ambas variables están correlacionadas, por lo tanto, se aceptó la hipótesis de investigación. Llegando a la conclusión de que el test no estresante está relacionado con el Apgar del recién nacido, contrastado mediante el χ^2 de correlación.

La tesis cuenta con Cinco Capítulos: 1. Capítulo: El problema de Investigación. 2. Capítulo: Marco Teórico. 3. Capítulo: Marco Metodológico. 4. Capítulo: Resultados. 5. Capítulo: Discusión de Resultados. 6. Conclusiones. 7. Sugerencia. 8. Bibliografía. 9. Anexos.

ÍNDICE

RESUMEN	iv
SUMARY	v
INTRODUCCIÓN	vi
I CAPÍTULO: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Formulación del Problema	12
1.2.1. General	12
1.2.2. Específicos	12
1.3 Objetivos	
1.3.1. General	12
1.3.2. Específicos	12
1.4 Hipótesis	13
1.5 Variables	13
1.6 Justificación e Importancia	14
1.7 Viabilidad	15
1.8 Limitaciones	15
II CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	16
2.1.1. Internacionales	16
2.1.2. Nacionales	18
2.1.3. Locales	20
2.2 Bases Teóricas	21
2.3 Definición conceptuales	31
III CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de Investigación	32
3.2 Diseño y esquema de investigación	32
3.3 Población y muestra	33
3.4 Instrumento de recolección de datos	34
3.5. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos	36
IV. CAPÍTULO: RESULTADOS	
4.1 Presentación de resultados	38
4.2 Prueba de hipótesis	40
V. CAPÍTULO: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
	43
CONCLUSIONES	45
SUGERENCIA	46
BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	52

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Resultados del monitoreo electrónico fetal anteparto	38
Tabla N° 2 Resultados del Apgar	40
Tabla N° 3 Relación entre el monitoreo electrónico fetal anteparto y los resultados del Apgar del recién nacido	40
Tabla N° 4 Chi cuadrado de asociación	44

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Resultados del monitoreo electrónico fetal anteparto	38
Figura N° 2 Resultados del Apgar	40
Figura N° 3 Toma de decisiones de la prueba de hipótesis	41

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud, el riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal en las primeras 24 horas de vida (40%), siendo la mayoría de casos por sufrimiento fetal durante el parto (9%) los cuales pudieron ser diagnosticados en un 60% durante la etapa de ante parto.¹

Según reportes del instituto materno perinatal en el año 2013, el 13.7% de los egresos tuvieron el diagnóstico de sufrimiento fetal, establecidos mediante por monitoreo fetal ante parto, realizado a un 10.1% de las gestantes; esta valoración no ha coincidido con los resultados perinatales. Encontrándose diagnósticos falsos, incrementando el número de intervenciones quirúrgicas innecesarias.²

El Monitoreo Electrónico Fetal es una prueba de valoración del bienestar fetal que estudia el comportamiento de la frecuencia cardiaca fetal, en relación a los movimientos fetales y a la dinámica uterina; gracias a esta prueba se puede detectar precozmente la hipoxia fetal y prevenir el daño neurológico o muerte fetal.³

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el monitoreo electrónico fetal anteparto según test no estresante y los resultados del Apgar del recién nacido. Hospital de apoyo de Nazca - Ica Año 2015?

1.2.1. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los resultados del monitoreo electrónico fetal según test no estresante, en gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca – Ica. Año 2015?
- ¿Cuáles son los resultados del Apgar en recién nacidos de madres con resultados de los test no estresante de gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca – Ica. Año 2015?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre monitoreo electrónico fetal según test no estresante y los resultados del Apgar en recién nacidos. Hospital de apoyo de Nazca – Ica. Año 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los resultados del monitoreo electrónico fetal según parámetros del test no estresante en gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca - Ica año 2015.
- Identificar los resultados perinatales del Apgar en recién nacidos atendidos en el hospital de apoyo Nazca – Ica, año 2015.

1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis

Ho No existe relación entre el monitoreo electrónico anteparto y los resultados de Apgar en el recién nacido en gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca periodo 2015.

Hi Existe relación entre el monitoreo electrónico anteparto y los resultados de Apgar en el recién nacido en gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca periodo 2015

1.5. Variables

1.5.1. Variable de estudio 1

Monitoreo Electrónico Fetal

1.5.2. Variable de estudio 2

Resultado de Apgar

1.5.3 Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION
MONITOREO ELECTRONICO FETAL	TEST NO ESTRESANTE (NST)	REACTIVO	Cualitativa Nominal	SI / NO
		NO REACTIVO	Cualitativa Nominal	SI / NO
		PATOLOGICO	Cualitativa Nominal	SI / NO
APGAR	TEST APGAR	NORMAL PATOLOGIO	Cualitativo nominal	Si / NO

1.6. Justificación e importancia

La justificación de este estudio se justificó en la parte teórica por que Brindará aportes valiosos que incrementarán el conocimiento de los profesionales de salud que accedan a la lectura de este tipo de investigación, permitiendo la construcción de propuestas significativas e innovadoras, no se encuentran muchas referencias bibliográficas sobre el tema por ello el presente estudio pretende generar información que brinde conocimientos nuevos y actualizados a nivel de nuestro hospital, en su objetivo principal es que dichos conocimientos se conviertan en propuestas en la prevención, atención y manejo en la mujer con embarazo y así incidir de forma precoz en los factores que aumentan la morbilidad perinatal.

La realización de este estudio se justifica clínicamente, porque con los Resultados de la investigación ayudará a comprender la importancia y establecer si existe relación entre el monitoreo electrónico fetal ante parto y los resultados del Apgar, que nos permita comprender la importancia de este examen lo que podría predecir complicaciones del feto durante el parto, permitiendo que el personal especializado corrobore la confiabilidad de estas pruebas y tome medidas preventivas y correctivas, anticipándose a posibles consecuencias adversas en el neonato. Por lo que el presente trabajo busca brindarle la importancia al monitoreo electrónico ante parto como predictor de complicaciones fetales.

La justificación de este estudio en el ámbito social es a razón del daño neurológico neonatal y la muerte súbita, que siguen siendo un problema; se

presenta en aproximadamente el 15% de las gestantes, produciendo un problema de salud pública por lo cual el profesional de salud viene tratando de revertir y encontrar un mejor manejo para las pacientes. Es por ello que las gestantes en peligro de desarrollar insuficiencia útero placentaria o portadoras de enfermedades crónico degenerativas que alteren su homeostasis, deben ser vigiladas cercanamente para buscar signos de posible deterioro del producto. En nuestro medio no contamos con estudios ni cifras confiables sobre la relación que existe entre el monitoreo electrónico fetal ante parto y los resultados del Apgar y líquido amniótico

En lo académico, la realización de este trabajo se justifica por que aportara conocimientos que mejoraran el manejo del uso de la cardiotocografía fetal como apoyo al diagnóstico en la evaluación precoz del bienestar fetal. Y servirá de base para otros estudios.

1.7. Viabilidad

Este estudio resultó viable, porque se dispuso de los recursos necesarios para llevarlo a cabo. Se contó con la autorización del Hospital de Apoyo de Nazca; así como también con la participación de los profesionales obstetras y/o otros profesionales para la recolección de la información.

1.8. Limitaciones:

Carencias de antecedentes estadísticas regionales y nacionales

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.2. Internacionales

Laffita B Alfredo.⁴ En Cuba en el año 2005. Realizo un estudio titulado: factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, teniendo como objetivo Identificar los factores perinatales y maternos que influyen en el Apgar bajo al nacer, se utilizó un estudio descriptivo retrospectivo, teniendo como resultados: de los recién nacidos el 16,1% eran de pre término y 14,9% de pos término; 18,4% de bajo peso al nacer y 10,3% de macrosómicos, al minuto de vida 49 recién nacidos estaban moderadamente deprimidos y 38 severamente deprimidos; a los 5 minutos 6 neonatos aún estaban severamente deprimidos y 30 moderadamente, llegando a la conclusión que la depresión neonatal manifestada como Apgar <7 se relaciona con la prematuridad, la pos madurez y patologías maternas que pueden alterar el intercambio gaseoso materno fetal. Especialmente en estos casos se debe mantener un control estricto de la frecuencia cardiaca fetal intraparto y disponer de neonatólogo en la sala de partos para efectuar un adecuado tratamiento de la asfixia perinatal.

Rodríguez Vega, MT Suárez Noval, MJ Rodríguez Suárez y et al.⁵ En España en el año 2000, realizaron un estudio Monitorización antenatal rutinaria en gestantes de bajo riesgo obstétrico, con el objetivo de evaluar el beneficio y el momento de inicio del test no estresante en los embarazos de bajo riesgo obstétrico, se utilizó un estudio de tipo observacional, con diseño analítico y retrospectivo, obteniendo los resultados: se compararon los resultados del último test no estresante, con el test de Apgar del recién nacido, se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. Sólo se registró un 1% de test no estresante patológicos y se trataba de una gestación de 41 semanas, Con respecto al test de Apgar, obtuvimos un 9% de valores iguales o menores a 7 en el primer minuto ($n = 9$), cifra que se normalizó a los 5 min, ningún test de Apgar fue inferior a 8 a los 5 min. No se encontró asociación estadísticamente significativa al comparar el resultado del último test no estresante de cada paciente con el test de Apgar del recién nacido, llegando a la conclusión que la monitorización fetal no estresante resulta innecesaria en embarazos de bajo riesgo obstétrico antes de la 40 semana de gestación, ya que no aporta beneficios en la valoración del estado del bienestar fetal.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Elizabeth Mirsa Cuenca Cuenca.⁶ En el año 2014, realizó un estudio en Lima hospital san Bartolomé, titulado: relación entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación atendidos en el hospital nacional docente madre niño “san Bartolomé, con el objetivo de determinar la relación entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación, utilizó un estudio: tipo observacional, con diseño analítico y de corte transversal. Teniendo como resultados: en cuanto a los hallazgos cardiotocográficos fueron: el 98.9% del total de la línea de base de la fcf fue normal, el 85.6% tuvo variabilidad moderada, en el 11.1% de los trazados se evidenció desaceleraciones variables y el 35.6% de trazados tuvo patrón normal, el 95.6% tuvo un Apgar al minuto ≥ 7 puntos, llegando a la conclusión: existe relación entre los resultados del test estresante con patrón normal y los hallazgos no patológicos de la placenta ($p=0.02$) y entre resultados del test estresante con patrón de estrés fetal y el puntaje Apgar al minuto de 4-6 ($p=0.04$)

Valdivia Huamán Amy Kassushi.⁷ En el Perú, año 2013, realizó un estudio titulado: eficacia del monitoreo electrónico ante parto en el diagnóstico de sufrimiento fetal en el instituto nacional materno perinatal, tenía como objetivo: Determinar la eficacia del monitoreo electrónico ante parto para el diagnóstico de sufrimiento fetal, basado en los resultados del Apgar y del líquido amniótico. La metodología fue de tipo

observacional, con diseño analítico y retrospectivo, La información fue procesada mediante el programa SPSS v.21. Las variables cuantitativas se estimaron mediante medidas de tendencia central y medidas de dispersión, Para variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas. En el caso bivariado se utilizó pruebas no paramétricas como Chi-cuadrado. Los resultados del estudio fueron: Los casos de sufrimiento fetal por monitoreo electrónico ante parto (MEF+) fueron diagnosticados en un 30.1%. Respecto al MEF positivo y los resultados neonatales, se observa relación entre el sufrimiento fetal diagnosticado por monitoreo electrónico fetal con el Apgar al minuto ($p < 0.001$) y el Apgar a los 5 minutos ($p = 0.002$), sin embargo no se observa relación significativa entre el sufrimiento fetal diagnosticado por monitoreo electrónico fetal y el líquido amniótico ($p = 0.809$). Llegando a la conclusión, el monitoreo electrónico ante parto positivo para diagnóstico de sufrimiento fetal, resulta ser eficaz para establecer un Apgar menor a 7; así mismo, el monitoreo electrónico fetal negativo para diagnóstico de sufrimiento fetal resulta ser eficaz para establecer un Apgar mayor o igual a 7.

Marleny Márquez Moscol.⁸ En el Perú, en el año 2011, realizó un estudio: Test no estresante y su relación al Apgar del recién nacido en gestantes con pre-eclampsia, con el Objetivo de evidenciar la relación de los resultados del test no estresante en gestantes con pre-eclampsia y el Apgar de los recién nacidos. Se utilizó un estudio retrospectivo, descriptivo y donde se obtuvieron los resultados: el grupo de estudio con

resultados no reactivos tuvieron complicaciones fetales más que aquellos con resultados reactivos. Llegando a la conclusión, que el NST es una prueba de diagnóstico para detectar precozmente el distress fetal durante la fase latente del parto.

Zapata Moreno Yudelia, Zurita Surichaqui Nilda.⁹ En el año 2002, realizaron un estudio en el Instituto Materno Perinatal sobre Valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de distocia funicular. Con el objetivo: Determinar Valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de distocia funicular para la validación de la prueba diagnóstica. Utilizaron un estudio prospectivo longitudinal correlacional no experimental. Llegando a los resultados: la distocia funicular representa un 29.80% del total de pacientes que asisten a la unidad de medicina fetal, y se encontraron resultados perinatales 0.64% de depresión neonatal teniendo en cuenta el puntaje de Apgar, llegando a la conclusión que la incidencia de depresión neonatal es baja cuando existen signos sugestivos de distocia funicular en el trazado cardiotocográfica.

2.1.3 Locales

No se han encontrado antecedentes a nivel Regional.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Monitoreo Electrónico Fetal:

La cardiotocografía Fetal es un método por el cual se puede evaluar en forma continua los latidos cardiacos fetales, su ritmo y frecuencia, correlacionándolos con estímulos como: los propios movimientos fetales, las contracciones uterinas y los estímulos externos. El objetivo principal de la monitorización fetal prenatal e intraparto es la prevención de resultados perinatales adversos, identificando la acidemia hipoxia fetal en el momento que todavía es reversible. Sin embargo hay diversos factores que influyen en el desarrollo y la gravedad del daño tisular por la anoxia, así la relación entre acidosis metabólica y la hipoxia cerebrales compleja.¹⁰

Monitorización en el ante parto; es la evaluación del estado y madurez del feto es esencial para el tratamiento de los embarazos de altos riesgos. Las pruebas de estrés (CTS), las pruebas no estresantes (NST) y la cuenta de movimientos fetales, se han empleado ampliamente en la evaluación del estado del feto.¹¹

Test no estresante (NST):

Es un método de evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, basado en el estudio de las características de la frecuencia cardíaca fetal; en condiciones basales; identificando al feto que presumiblemente está sano y al feto que posiblemente pueda estar en situación comprometida, con el fin de en uno y otro caso se pueda

corregir la situación antes de que se produzcan daños irreversibles en el feto.¹²

Se basa en la premisa que el ritmo cardiaco del feto que no está acidótico o deprimido neurológicamente, acelerará temporalmente con los movimientos. Un test no estresante normal nos da buena evidencia de un feto normalmente bien oxigenado. En el otro extremo, hay algunos trazados que pueden tener presencia de desaceleraciones variables o recurrentes, disminución de la variabilidad, de la frecuencia cardiaca basal o desaceleraciones sostenidas, que pone al feto en riesgo de asfixia o daño neurológico.¹³

Los criterios de valoración son los siguientes:

Reactivo (Activo Reactivo): criterios de reactividad fetal presentes y normalidad de los parámetros de la frecuencia cardiaca fetal, es decir presenta al menos dos aceleraciones de 15 latidos/minuto, indicando bienestar del feto.

No Reactivo (Activo no reactivo): criterios de reactividad ausentes y normalidad de la frecuencia cardiaca fetal, es decir que no presenta aceleraciones.

Patológico (Hipoactivo): criterios de la reactividad ausentes y parámetros de la frecuencia cardiaca fetal alterados, quiere decir que existe aumento (taquicardia) o descenso (bradicardia).¹⁴

Componentes de la Cardiotocografía

Frecuencia cardiaca fetal (Línea de base)

Esta es estable, durante una ventana de 10 minutos, excluyendo las aceleraciones y las desaceleraciones, los movimientos fetales amplios y los períodos de variabilidad marcada (>25 latidos por minuto), la ausencia de contracciones no sería necesaria cuando estas no alteran el ritmo cardiaco, sus valores normales oscilan entre 120 y 160 latidos/minuto, considerándose que existe una bradicardia o una taquicardia si la frecuencia cardiaca es inferior o superior a este rango de normalidad.¹⁵

Variabilidad

Se determina en una ventana de 10 minutos, excluyendo aceleraciones y deceleraciones. La variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal de la línea de base, se define como las fluctuaciones de la línea de base que son irregulares en amplitud y frecuencia. Hoy no se establece distinción entre variabilidad a corto plazo (variabilidad latido a latido) y variabilidad a largo plazo. La variabilidad se cuantifica visualmente como la amplitud desde el pico al fondo en latidos por minuto. La variabilidad se clasifica de la siguiente manera:¹⁶

Ausente: amplitud indetectable.

Mínima: amplitud ≤ 5 lpm.

Moderada: amplitud entre 6 lpm y 25 lpm.

Marcada: amplitud > 25 lpm.

Aceleraciones

Es la elevación de la frecuencia cardiaca fetal, según la definición del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología es el inicio de un aumento en la frecuencia cardiaca fetal basal que alcanza el máximo en menos de 30 segundos. Para considerarse aceleración, el pico debe estar a ≥ 15 lpm, y la aceleración debe durar ≥ 15 segundos desde el comienzo al retorno. Se llama aceleración prolongada cuando dura ≥ 2 minutos pero menor de 10 minutos.¹⁷

Clasificaciones de los ascensos transitorios de la FCF, pero la más utilizada es la de Aladjen:

Omega: onda única o doble de escasa duración y que tiene buen pronóstico.

Lambda: aumento y posterior descenso de la frecuencia cardiaca fetal. Está relacionado con la oclusión temporal del cordón umbilical.

Elíptico: ascenso que se caracteriza por un aumento de larga duración. Relacionado con un estímulo hipóxico, especialmente cuando conduce a un cambio de la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal.

Periódico: consiste en una sucesión de ascensos transitorios tipo omega, por lo que se considera de buen pronóstico.¹⁸

Desaceleraciones

Las desaceleraciones son descensos de la FCF de más de 15 lpm que duran más de 15 segundos, pero menos de 2 minutos y se clasifican en: tardías, precoces, variables o prolongadas.¹⁹

Desaceleración Temprana²⁰:

- Disminución gradual y recuperación de la fcf, generalmente simétrica, asociada a contracción uterina.
- La disminución gradual de la fcf se define como aquella que tarda ≥ 30 segundos desde el comienzo hasta el nadir.
- La disminución de la fcf se cuantifica desde el comienzo al nadir de la deceleración.
- El nadir de la deceleración tiene lugar al mismo tiempo que el acmé de la contracción.
- En la mayoría de casos el comienzo, nadir, y recuperación de la deceleración coinciden con el comienzo, acmé y fin de la contracción, respectivamente.

Desaceleración tardía²¹:

Se caracteriza por:

- Disminución gradual y recuperación de la FCF, generalmente simétrica, asociada con contracción.

- La disminución gradual de la FCF se define como aquella que tarda ≥ 30 segundos desde el comienzo hasta el nadir.
- La disminución de la FCF se cuantifica desde el comienzo al nadir de la deceleración. La deceleración se halla retrasada en el tiempo respecto a la contracción, ocurriendo el nadir después del acmé de la contracción.
- En la mayoría de casos, el comienzo, nadir, y recuperación de la deceleración ocurren después del comienzo, acmé, y fin de la contracción, respectivamente.

Desaceleraciones variables²²

Disminución brusca de la FCF

- Se llama disminución brusca de la FCF cuando transcurren < 30 segundos desde el comienzo de la deceleración al inicio del nadir de la deceleración.
- La disminución de la FCF se cuantifica desde el comienzo al nadir de la deceleración. La disminución de la FCF es ≥ 15 lpm, dura ≥ 15 segundos y < 2 minutos
- Cuando las desaceleraciones variables se asocian con contracciones, su comienzo, amplitud y duración habitualmente varían con las sucesivas contracciones.

Las desaceleraciones variables típicas son precedidas y sucedidas por aceleraciones denominadas "hombros", secundarias a estimulación

simpática, producida por la disminución del retorno venoso debido a la compresión de la vena umbilical. Las desaceleraciones variables atípicas pueden ser moderadas o severas. Las desaceleraciones variables son moderadas si el nadir es superior a 70 latidos por minuto y duran menos de 60 segundos. En las desaceleraciones variables severas el nadir es menor a 70 latidos por minuto y generalmente duran más de 60 segundos.²³

Según el colegio americano de gineco-obstetricia, las desaceleraciones variables corresponden a la disminución de la frecuencia cardiaca fetal de 15 latidos por minuto o más, con una duración de 2 minutos o más, pero menor de 10 minutos.²⁴

Los Movimientos fetales. -

Fueron considerados, a partir de los trabajos de Sadovsky, común parámetro eficaz en el estudio del bienestar fetal. Su asociación con las aceleraciones transitorias de la fcf es el punto clave del test basal. Parece ser que existe un patrón de cinética fetal a lo largo del embarazo e incluso a lo largo de cada día de la vida fetal, aunque los resultados son muy variables. Los movimientos fetales se han clasificado de distintas formas, aunque la más aceptada es la que los divide en múltiples e individuales.²⁵

2.2.2. Apgar

En 1952, la Dra. Virginia Apgar desarrolló un sistema de evaluación sencilla y aplicación rápida para determinar las condiciones clínicas al nacimiento de los neonatos; un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.²⁶

El Apgar consta de cinco parámetros el cual evalúa lo siguiente A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 ó 2 dependiendo del estado observado:²⁷

Esfuerzo respiratorio:

- Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
- Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
- Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.

La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.

- Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.

- Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

Tono muscular:

- Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
- Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
- Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad

es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo.

- Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

Color de la piel:

- Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
- Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
- Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

Valores del Apgar

El índice de Apgar se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer.

Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento.

Cualquier puntaje inferior a 7 es una señal de que el bebé necesita atención médica. Cuanto más bajo sea el puntaje, mayor ayuda necesitará el bebé para adaptarse por fuera del vientre materno.²⁸

La mayoría de las veces, un puntaje bajo al minuto 1 está cerca de lo normal hacia los 5 minutos.

Un puntaje de Apgar más bajo no significa que un niño tendrá un problema de salud serio o prolongado. Este puntaje no está diseñado para predecir la salud futura del niño.

Los puntajes por debajo de 5 indican que el bebé necesita asistencia inmediata para adaptarse a su nuevo ambiente. Sin embargo, un niño que tenga un puntaje bajo en el primer minuto y un puntaje normal a los cinco minutos no debería tener ningún tipo de problemas a largo plazo.²⁹

2.3. Definiciones conceptuales

2.3.1. Apgar

En 1953 se estudió, desarrolló y publicó la primera escala de valoración de la vitalidad de los recién nacidos, denominada prueba Apgar. Este test se aplica a todos los bebés en dos momentos, inmediatamente tras el parto: un minuto y, nuevamente, a los 5 minutos después del nacimiento (en ocasiones también a los 10 minutos). Esta prueba (escala) evalúa, puntuando de cero a dos, cinco aspectos simples de los recién nacidos: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, presencia de reflejos, tono muscular y color.³⁰

2.3.2 Test no estresante

Es una técnica indolora y no invasiva que suele realizarse en las últimas semanas del embarazo y durante el parto con objeto de controlar la actividad uterina y el bienestar intrauterino del bebé, es un método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas.³¹

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de Investigación³²

1. Según la intervención del Investigador

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

2. Según la planificación de la toma de datos

Retrospectivo: Los datos se recogieron a propósito de la investigación según ocurrieron los hechos.

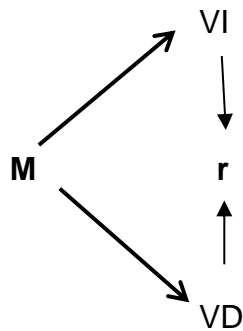
3. Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio

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

3.2 Diseño y esquema de la Investigación:³³

Descriptivo, de nivel relacional porque se relacionaron dos variables de estudios: los resultados del monitoreo electrónico fetal y el Apgar del recién nacido.

Diagrama



Dónde:

VI = Variable independiente

VD = Variable dependiente

M = Muestra

r = Relación

3.3 Población Muestral

Estuvo constituido por todas las gestantes sin trabajo de parto que acudieron al Hospital servicio del monitoreo fetal electrónico, en el año 2015, siendo N=68.

Selección de Muestra

Se utilizó el total de gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, siendo un total de 50 casos.

Características de la Población:

1. Criterios de inclusión

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

2. Criterios de exclusión

- Gestantes sin monitoreo electrónico fetal
- Gestantes con historias clínicas y resultados incompletos de monitoreo electrónico fetal
- Gestantes con patologías previas al embarazo
- Gestantes con patologías asociadas al embarazo

3. Muestreo

No Probabilístico bajo la modalidad intencionada.

4. Unidad de Análisis

Cada gestante.

5. Unidad de Muestreo

Cada gestante con monitoreo electrónico fetal anteparto

6. Marco Muestral

Relación de gestantes con monitoreo electrónico fetal anteparto.

3.4 Instrumento de recolección de datos

1. Técnica, análisis documental de:

- Informes de monitoreo electrónico fetal: Test de Fisher y trazados de MEF
- Historias clínicas maternas y neonatales.

2. Instrumento, ficha de recolección de datos y registros con formatos establecido por el MINSA Perú. (anexo 2).

- Historia clínica materno perinatal validada por el Centro Latinoamericano perinatal y la Organización mundial de la salud
- Informes de monitoreo electrónico fetal. Validado por el Ministerio de salud del Perú
- Ficha de recolección de datos, con una confiabilidad establecida mediante el KR de Richarson
- Instrumento de recolección de datos validado por expertos
- Consentimiento informado

Definición Operativa del Instrumento Recolección de Datos

Todos los instrumentos de recolección de datos, no fueron sometidos a una validez cualitativa de contenido, por ser formatos establecidos para registrar el MEF validados por el Ministerio de Salud del Perú (anexo 3), y la hoja perinatal validados por el CLAP Latinoamericano; la confiabilidad del instrumentos de recolección de datos elaborada por la autora, tendrá la validez por expertos quienes revisaran el instrumento que netamente será llenado de los datos ya implícitas en la historia clínica, y valoraran la consistencia interna o confiabilidad, se tuvieron en cuenta la naturaleza de las respuesta del instrumento de recolección de datos, se aplicará el KR de Richardson, por tener opciones de respuestas dicotómicas [parámetros del MEF (Si, No)], teniendo confiabilidad aceptable.

3.6 Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos

1. **Autorización.** - Se gestionaron los permisos respectivos a las autoridades respectivas para la aplicación del instrumento; también se realizó las respectivas coordinaciones con el encargado de la unidad de monitoreo fetal electrónico.
2. **Identificación.** - Se identificaron a los pacientes mediante el registro correspondiente.
3. **Selección de participantes.** - Luego se aplicaron los criterios de inclusión, se procedió a seleccionar a cada gestante.
4. **Aplicación del instrumento.** - Se procedieron a recolectar los datos y anotarlos en la ficha.
5. **Digitación.** - Una vez obtenida la información fue digitado en una base de datos en Microsoft Excel, la cual fue ingresado diariamente.
6. **Archivo.**- Toda la documentación se encontró en la base de la investigadora en calidad de custodia hasta dos años.
7. **Consideraciones ética³⁴.**- La presente investigación se realizó respetando las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, tomando del manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación (OPHSI) y del comité institucional de ética para humanos (CIE). Categoría de investigación de “Ningún Riesgo” (exoneración de revisión).

8. Elaboración de los datos

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

9. Análisis e interpretación de datos:

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

Análisis inferencial.- Se consideró la prueba de hipótesis del chi cuadrado de correlación. Para la comprensión de los resultados se hizo una equivalencia de los resultados del estado fetal, tomando como referencia el test de Fisher:

EQUIALENCIA DEL RESULTADO DEL ESTADO FETAL	
Reactivo	Fisiológico
No Reactivo	Dudoso
Patológico	Severo

CAPITULO IV

RESULTADOS

RELACIÓN DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL ANTE PARTO Y RESULTADOS DEL APGAR EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL DE APOYO NAZCA – ICA. AÑO 2015.

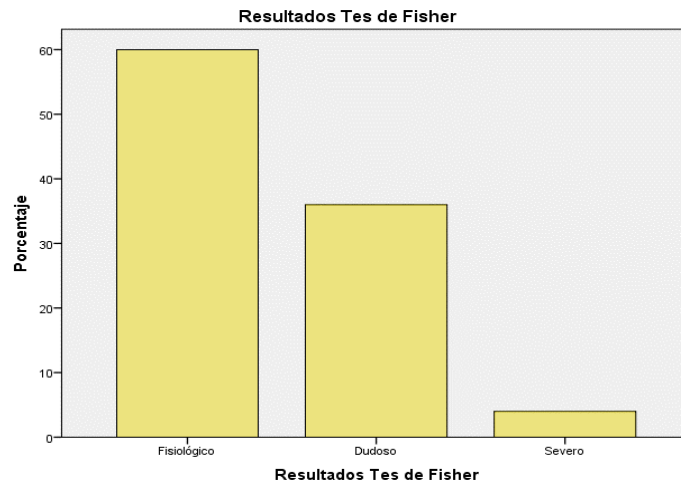
TABLA N° 1

RESULTADOS DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL ANTEPARTO

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Reactivos/Fisiológico</i>	30	60.0	60.0	60.0
<i>no reactivos/ Dudoso</i>	18	36.0	36.0	96.0
<i>Patológicos/ Severo</i>	2	4.0	4.0	100.0
<i>Total</i>	50	100.0	100.0	

Interpretación: en la Tabla y Figura N°1, se observa resultados del monitoreo electrónico fetal anteparto; reactivos o fisiológicos 60% (30 casos), no reactivo o dudoso el 36% (18 casos) y patológico o severo en 4% (2 casos)

Figura N°1



Fuente: Tabla N°1

TABLA N° 2

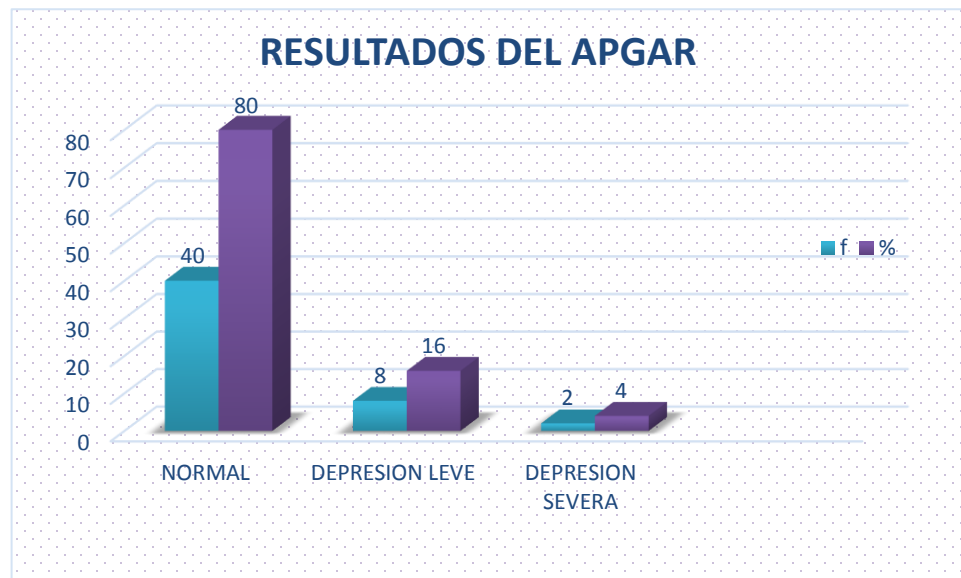
RESULTADOS DEL APGAR

RESULTADOS DEL APGAR	<i>f</i>	%
NORMAL	40	80
DEPRESION LEVE	8	16
DEPRESION SEVERA	2	4
	n = 50	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla y figura N° 2 Se observa los resultados del Apgar normal, en un 80% (40 casos) en comparación del Apgar con depresión leve 16 % (8 casos) y en menor frecuencia con depresión severa 2 (4%).

FIGURA N ° 2



Fuente: Tabla N°2

Resultados inferenciales: Prueba de hipótesis

La comprobación de la hipótesis, fue mediante el análisis estadístico inferencial, porque el muestreo se obtuvo por cálculo muestral. La prueba estadística fue de Chi cuadrada para asociación, la cual determina si dos variables categóricas están asociadas.³⁵

Hipótesis estadística de correlación:

H^i : $\chi^2 C > \chi^2 T$ = ambas variables están correlacionadas.

H^0 : $\chi^2 C < \chi^2 T$ = ambas variables no están correlacionadas

RELACIÓN ENTRE EL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL ANTEPARTO Y LOS RESULTADOS DEL APGAR DEL RECIÉN NACIDO.

Tabla N° 3

	<i>Resultados del Monitoreo electrónico fetal</i>	Resultado del Apgar 1'		Total
		normal	Patológico	
<i>Normal</i>	Recuento	30	0	30
	% dentro de resultado del Apgar 1'	75.0%	0.0%	60.0%
<i>Patológico</i>	Recuento	10	10	20
	% dentro de resultado del Apgar 1'	25.0%	100.0%	40.0%
<i>Total</i>	Recuento	40	10	50
	% dentro de resultado del Apgar 1'	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla N° 4

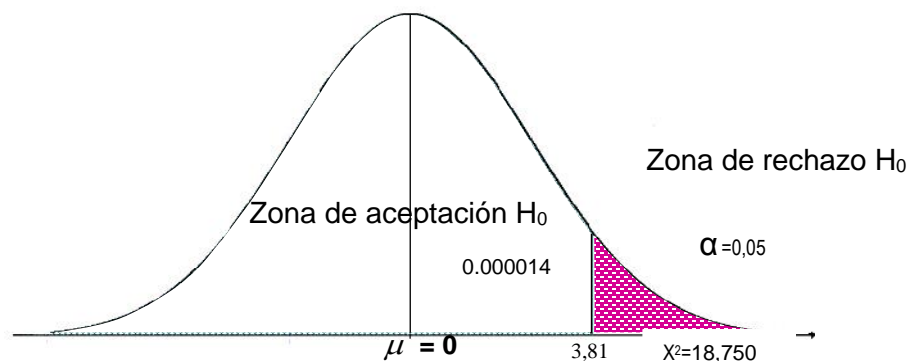
	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	18,750 ^a	1	0.0000149
<i>Corrección de continuidad^b</i>	15.755	1	0.0000720
<i>Razón de verosimilitud</i>	22.314	1	0.00000231
<i>N de casos válidos</i>	50		

Análisis:

Según las Tablas 3 y 4 de contingencia observadas se determina que: El valor obtenido de la Prueba de $\chi^2 = 18,750^a$ con una significancia asintótica de 0.0000149 que es menor al nivel de significancia de 0.05 de α a un grado de libertad, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de estudio: Existe relación entre el monitoreo electrónico anteparto según Test no estresante y los resultados del Apgar en recién nacidos de gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca – Ica. Año 2015.

Figura N° 3

Toma de decisiones



Asimismo si nos referimos a los valores calculados del X^2 , son mayores que los Valores Críticos de la tabla del X^2 según el grado de libertad $1 = 3,81$; siendo el obtenido = 18,750 por lo que, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y en consecuencia se acepta la Hipótesis Alternativa (H_1): ambas variables están relacionadas.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

En la presente investigación encontramos los resultados del test no estresante con un resultado reactivos o fisiológicos en un 60 %, incongruente con el 35,6 % encontrado en la investigación denominada Valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el diagnóstico de distocia funicular. De los autores. Zapata Moreno Yudelia, Zurita Surichaqui.

Encontramos resultados del tes no estresante no reactivos o dudosos en un 36%, que se diferencian de los resultados encontrados por los autores E Rodríguez Vega, MT Suárez Noval, MJ Rodríguez Suárez, en su estudio denominado Monitorización antenatal rutinaria en gestantes de bajo riesgo obstétrico con test no estresante no reactivo de 10%, a la ves también en nuestro estudio identificamos resultados del test no estresante patológico o severo en un 4% similar al estudio realizado por los mismos autores anteriormente.

En la investigación encontramos resultados del Apgar normal en un 80%, incongruente al estudio realizado por los autores Salazar Torres Zoila, Boris Castro Zoila quienes encontraron un Apgar normal de 64%. Pero similares con los resultados encontrados en la investigación realizada por los autores E Rodríguez Vega, MT Suárez Noval, MJ Rodríguez Suárez, en su estudio, Monitorización antenatal rutinaria en gestantes de bajo riesgo obstétrico donde identificaron un Apgar normal de 90%.

De la investigación encontramos una depresión leve del recién nacido según Apgar de 4 % incongruente con los resultados del autor Laffita B Alfredo quien encontró resultados de Apgar con depresión leve en 0,34%, semejante al estudio realizado por los autores Zapata Moreno Yudelia, Zurita Surichaqui donde encontraron 0.64% de depresión neonatal teniendo en cuenta el puntaje de Apgar.

En nuestra investigación se pudo demostrar que existe relación entre el test no estresante y los resultados del Apgar, a diferencia de lo que manifiestan otros autores como Marleny Tatiana Márquez Moscol, Los resultados del estudio revelan que, en el grupo de estudio con resultados no reactivos, tuvieron complicaciones fetales más que aquellos con resultados reactivos. Se demostró que el NST es una prueba de diagnóstico para detectar precozmente el distress fetal durante la fase latente del parto, El estudio sugiere que NST se encontró que era un buen predictor del feto sano incluso en embarazos normales.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio Identificamos los resultados del test no estresante reactivo (fisiológico) de 60%, resultados de test no estresante no reactivo (dudoso) con 36% y en un mínimo porcentaje tenemos resultado patológico (severo) en 4%.
2. Los resultados del Apgar obtenidos fueron Apgar normal en un 80%, depresión leve 16 % y en menor frecuencia con depresión severa 4%.
3. Existe correlación entre los resultados del test no estresante con el Apgar del recién nacido, contrastado mediante el χ^2 de correlación con $18,750 > \chi^2_{T=3, 81}$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Ambas variables están correlacionadas.

SUGERENCIAS

1. Se sugiere a la Jefatura del servicio de Bienestar fetal protocolizar el monitoreo de test no estresante ya que es una prueba no invasiva y la más usada por el personal obstétrico, contando cada vez más con una frecuencia de test no estresante con resultado reactivos.
2. Sugerimos a las colegas obstetras capacitarse continuamente en el uso de métodos no invasivos para el diagnóstico oportuno del bienestar fetal, como el Monitoreo electrónico fetal con test no estresante, el cual nos predice una futura complicación, para poder intervenir oportunamente y se contribuya a la disminución de la morbimortalidad perinatal.
3. Sugerimos a la Dirección del Hospital de Nazca seguir implementando la unidad de bienestar fetal y capacitar al profesional de salud ya que en nuestro estudio podemos demostrar que el test no estresante se correlaciona con el resultado del Apgar, siempre y cuando se realice un buen trazado y una buena lectura que nos permita intervenir oportunamente.
4. Conformar un equipo multidisciplinario para futuras investigaciones, que incluya profesionales obstetras, perinatólogos y neonatólogos de tal forma que se puedan tomar conductas perinatales más acertadas.

BIBLIOGRAFIA

-
- 1 Organización Mundial de Salud. ODM 4: reducir la mortalidad infantil. Ginebra 2012. [Consultado en Marzo del 2015]. Disponible: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html.
 - 2 Ayala F. Guía de monitoreo fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú: INMP; 2008. Academia Americana de Pediatría, Universidad Americana de obstétricos y ginecólogos. Relación entre factores perinatales y resultado neurológico. En: Polonia RL, Freeman RK, eds. directrices para la perinata. 3a. ed. Elk Grove Village: AAP, 1992: 221-4.
 - 3 Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. Perú: MINSA; 2007
 - 4 Laffita A. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el hospital américa arias de la habana, cuba, 2000. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2005 [citado 2015 Jul 28]; 70(6): 359-363. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000600002&lng=es.
 - 5 Rodríguez E, Suárez M, Rodríguez M, y et al. Monitorización antenatal rutinaria en gestantes de bajo riesgo obstétrico. Revi. Obstetricia y Ginecología. Hospital Central de Asturias. España Vol. 27. Núm. 9. <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-angiogenesis-el-cancer-cervix-uterino-12638>

-
- 6 Cuenca E. Relación entre el test estresante y los resultados perinatales en embarazos en vías de prolongación. hospital nacional docente madre niño “san bartolomé”. lima – 2014
 - 7 Valdivia A. Eficacia del monitoreo electrónico anteparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal - Instituto Nacional Materno Perinatal – Lima año 2013, Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3611>
 - 8 Marquez M. Relación entre el test no estresante y el Apgar del recién nacido en gestantes con pre-eclampsia. Perú. 2011.
 - 9 Laffita A, Ariosa M, Cutié J. Apgar bajo al nacer y eventos del periparto. Rev. Cubana Obstet Ginecol. [serie en Internet]. 2004 Mar [citado 6 Noviembre 2015];30(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin02104.htm
 - 10 Huamán J. Monitoreo Electrónico Fetal cardiotocografía: Columbus. Perú. 2010; P. 29,30.
 - 11 Zapata Z. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el Diagnóstico de distocia funicular IMPN marzo-mayo 2002. [Artículo en Internet] http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/zapata_z_m/capitulo2.pdf consulta. 07 de enero 2015
 - 12 Astudillo J. Evaluación de la Unidad Feto-placentaria. Chile. Universidad de Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología. [Acceso el 02 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://www.vitalibros.cl/catalogo_web/colecciones/600/610/618/evaluacion.pdf.

-
- 13 Huamán J. Monitoreo electrónico fetal cardiotocografía: Columbus. Perú. 2010; P. 29,30.
 - 14 Calvo R. Clínica de Maternidad: Guía de Monitoreo fetal intraparto. [Consultado 07 de enero 2016]. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/MONITOREO_FETAL.pdf
 - 15 Robinson B, Nelson L. Revisión de los procedimientos de Taller del NICHD 2008 sobre Nomenclatura Estandarizada para la Cardiotocografía. Rev. Obstet Gynecol 2008; 1 (4): 186-192
 - 16 Boletín de la práctica de ACOG: Durante el parto la frecuencia cardíaca fetal monitoreo. Pautas de manejo clínico para obstetras y ginecólogos. Número 70, 2005. Obstet. Gynecol 2005; 106(6): 1453-1461.
 - 17 Huamán J. Monitoreo electrónico fetal cardiotocografía: Columbus. Perú. 2010; P. 29,30.
 - 18 Boletín de la práctica. *Ibíd.*, pp.34-35.
 - 19 Robinson B, Nelson L. A Review of the proceedings from the 2008 NICHD Workshop on Standardized Nomenclature for Cardiotocography. Rev. Obstet Gynecol 2008; 1(4): 186-192
 - 20 Vallejo M., Martínez M., Santiago C. Control del bienestar fetal anteparto: métodos biofísicos y bioquímicos. Tratado de ginecología y obstetricia. Tomo I, Madrid: Médica Panamericana; 2013. p 367.
 - 21 American College of Obstetrician and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Management of Intrapartum fetal heart rate tracings. Obstet Gynecol. 2010; 116: 1-9

-
- 22 Clínica de Maternidad. Guía de Monitoreo fetal intraparto, Rafael Calvo. [Consultado 07 de enero 2016]. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/MONITOREO_FETAL.pdf
- 23 Clínica de Maternidad. Op cit., p18 Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/MONITOREO_FETAL.pdf
- 24 American College of Obstetrician and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Management of Intrapartum fetal heart rate tracings. Obstet Gynecol. 2010; 116: 1-9
- 25 Vallejo M., Martínez M., Santiago C. Control del bienestar fetal anteparto: métodos biofísicos y bioquímicos. Tratado de ginecología y obstetricia. Tomo I, Madrid: Médica Panamericana; 2013. p 367
- 26 Bajo JA. Reflexiones sobre el de ocurrencia y la importancia de la asfixia Fetal anteparto. Mejor práctica y la investigación de Obstetricia y pCO.OOI. 2009;(18):375-82.
- 27 Mesa L. Certezas e incertidumbres en la asfixia perinatal. Rev. Cubana ObstetGinecol. 2004;25(3):123
- 28 Haddad G, Green T. Diagnóstico de la enfermedad respiratoria. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds.Nelson Libro de texto de Pediatría.19 ed. Filadelfia, PA: Saunders Elsevier; 2011: chap 366. [Artículo en Internet] [Consulta: 13 noviembre 2015]
- <http://pennstatehershey.adam.com/content.aspx?productId=112&pid=1&gid=00340>
- 29 Moro M y Malaga L. Madero. Tratado de pediatría: Panamericana. 11 va ed. España. 2014; 2600p.

-
- 30 Goldman, R; Blickstein, I (2001), «[Dr. Virginia Apgar-1909 1974] »1974]» Harefuah (2001 Feb) 140 (2): 177-8, PMID: 11242930
- 31 Huamán J. Op cit., 30p.
- 32 Supo J. Seminarios de investigación científica. Perú, Arequipa. 2014; 1 p.
- 33 Pardo de Vélez G y Cedeño Collazos M. Investigación en Salud: Mc Graw Gill. Colombia. 106 p.
- 34 Biblioteca de la Escuela de Post Grado Víctor Alzamora Castro. Manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación (OPHSI) y del comité institucional de ética para humanos (CIE). Universidad Peruana Cayetano Heredia Vicerrectorado de Investigación. Resumen. 2002.
- 35 Timaná J. Universidad ESAN. Prueba de hipótesis y relaciones estadísticas: Análisis de relaciones estadísticas. Perú, Lima. 2009; p 8.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE PROYECTO DE TESIS

RELACION DE MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL ANTEPARTO Y RESULTADOS DEL APGAR EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL DE APOYO NAZCA – ICA. AÑO 2015				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO
<p>Prob. Princ. ¿Cuál es la relación entre el monitoreo electrónico fetal ante-parto según test no estresante y los resultados del Apgar del recién nacido. Hospital de apoyo de Nazca - Ica Año 2015?</p>	<p>Objt. Princ. Determinar la relación entre monitoreo electrónico fetal según test no estresante y los resultados del Apgar en recién nacidos. Hospital de apoyo de Nazca – Ica. Año 2015</p>	<p>Hi existe relación entre el monitoreo electrónico anteparto según Test no estresante y los resultados del Apgar en recién nacidos de gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca – Ica. Año 2015</p>	<p>V.D. Resultados de Test no estresante según Fisher</p> <p>V.I. Resultados del Apgar</p>	<p>Tipo: Descriptivo</p>
<p>Prob. Espe. Cuáles son los resultados del monitoreo electrónico fetal según test no estresante, en gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca – Ica. Año 2015?</p> <p>¿Cuáles son los resultados del Apgar en recién nacidos de gestantes con test no estresante. Hospital de apoyo Nazca – Ica. Año 2015?</p>	<p>Objet. Esp. Determinar los resultados del monitoreo electrónico fetal según parámetros del test no estresante en gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca - Ica año 2015</p> <p>Identificar los resultados perinatales del Apgar en recién nacidos atendidos en el hospital de apoyo Nazca – Ica, año 2015</p>	<p>Ho No existe relación entre el monitoreo electrónico anteparto según test no estresante y los resultados del Apgar en recién nacido de gestantes atendidas en el hospital de apoyo Nazca – Ica. Año 2015</p>		<p>Diseño: Retrospectivo</p> <p>Nivel: correlacional</p>



INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TITULO: RELACIÓN ENTRE EL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL ANTEPARTO Y LOS RESULTADOS DEL APGAR EN RECIÉN NACIDOS, HOSPITAL DE APOYO NAZCA AÑO 2015

OBJETIVO: DETERMINAR LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL ANTEPARTO Y LOS RESULTADOS DEL APGAR EN RECIÉN NACIDOS, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE NASCA, AÑO 2015

ID: _____

N°HC: _____

I. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL SEGÚN PARÁMETROS DEL TEST NO ESTRESANTE

1. Reactivo/Fisiológico

SI () NO ()

2. No reactivo/Dudoso

SI () NO ()

3. Patológico/Severo

SI () NO ()

II. APGAR

1. Normal (8-10)

SI () NO ()

2. Depresión moderada (5 -7)

SI () No ()

3. Depresión severa (< 4)

SI () NO ()

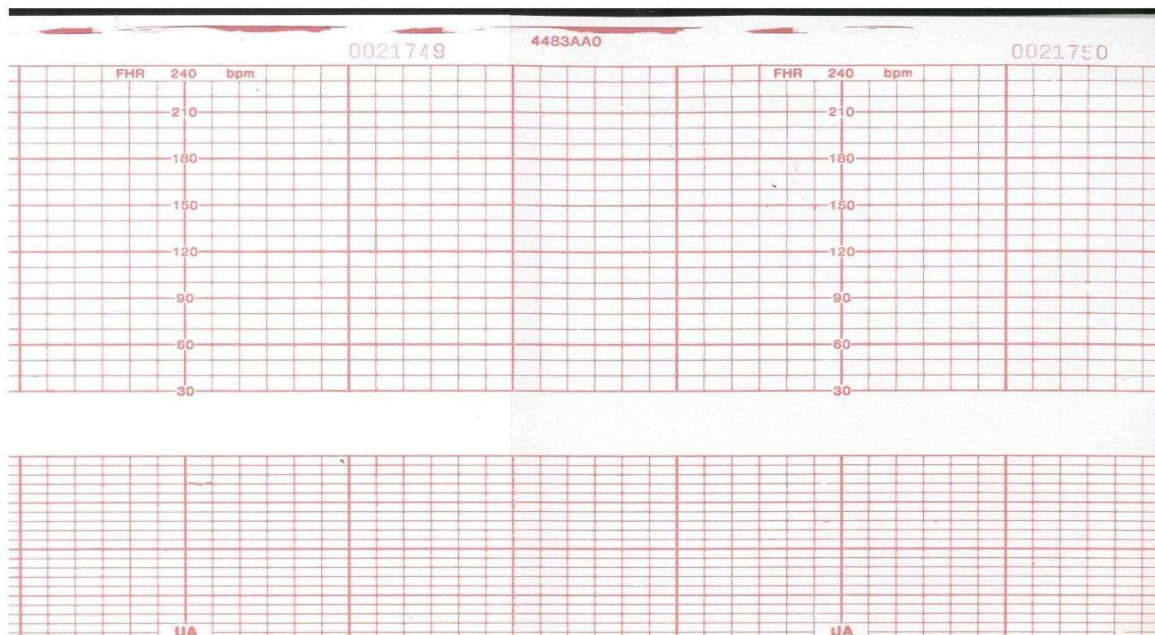
**HOSPITAL DE APOYO NASCA
INFORME DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ **G:** _____ **P:** _____ **EG:** _____ **FECHA:** _____

VARIABLE O PARAMETROS	0	1	2	VALOR
LINEA DE BASE	<100>160	100 a 119 y 161 a 180	120 a 160	
VARIABILIDAD FRECUENCIA	<5 0	5 a 9 o >25 <6	10 a 25 6 a 10	
ACELERACION	0	Esporádicas o periódicas de 1 a 4	De 5 a mas	
DESACELERACION	Repetidas o Desfavorable	Variables alejada	Ningunas o tempranas	
ACTIVIDAD FETAL	No hay	1 a 4 mov/min	>5 mov/min	
PUNTAJE FINAL				

PUNTUACION SEGÚN TEST DE FISHER	ESTADO FETAL	PRONOSTICO
De 8 a 10 optimo	Fisiológico/Reactivo	Favorable
De 5 a 7 (Observación estricta)	Dudoso/ no reactivo	Reevaluación
Menor de 5 mal pronostico	Severo/Patológico	Desfavorable



NOTA BIBLIOGRAFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: Castro Licla Rita Milagros

DNI: 45258777 Fecha de nacimiento: 25 de Abril del 2016

ESTUDIOS:

Primaria:

Colegio 22699.1993 -1997

Secundaria:

C.P.V.T.C. DATA SYSTEM'S INGENIEROS, Ica. 1999 - 2003

Superior:

Formación técnica **C.P.C.T.C. "DATA SYSTEM'S INGENIEROS"**

Experta en Informática y Computación 2013

Universidad Privada "Alas Peruanas" Ica Facultad de ciencias Médicas Escuela de Obstetricia 2005 – 2011.

Diplomados

Universidad José Carlos Mariátegui, Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia y Alta Dirección y Gerencia en Salud Pública 2014

Segunda especialidad Universidad José Carlos Mariátegui

Salud Sexual Reproductiva con mención en investigación científica, alto riesgo obstétrico y Monitoreo Fetal 2014 - 2015

Segunda especialidad: Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" – Cencasalud, Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en obstetricia. 2014-2015.

GRADOS Y TÍTULOS:

Grado de Bachiller en Obstetricia. Universidad Privada Cesar Vallejo de Trujillo 2005 – 2010.

Título a Nombre de la Nación como Licenciada en Obstetricia en la. Universidad Privada Alas Peruanas.2011

Título a Nombre de la Nación como especialista en Salud Sexual Reproductiva, Universidad José Carlos Mariátegui 2015

