

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

ESCUELA DE POST GRADO

FACULTAD DE OBSTETRICIA



=====

**FACTORES MATERNOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL
TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES.
HOSPITAL REGIONAL DE ICA. AÑO 2015.**

=====

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

AUTORA: OBSTETRA RIVERA HERNANDEZ KAREM MIREYA

ASESORA: MG. MELGAREJO FIGUEROA MARÍA DEL PILAR

HUÁNUCO – PERÚ

2016

DEDICATORIA

“Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño principalmente a mis padres y a mi adorada hija que han estado conmigo en todo momento. Y son el motivo de mi lucha constante para lograr mis metas”

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a aquellas personas que compartieran sus conocimientos conmigo para hacer posible la conclusión de esta tesis. Especialmente agradezco a mi madre por su apoyo incondicional.

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

A mis colegas especialistas por sus recomendaciones respecto a esta investigación. Y a los docentes de la especialidad a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

RESUMEN

FACTORES MATERNOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. AÑO 2015.

La investigación realizada, tuvo el objetivo de determinar los factores maternos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015; utilizando un diseño: Descriptivo simple porque, de tipo observacional, retrospectivo, transversal; siendo los principales resultados: Test No Estresante Reactivo 94% y el Test no estresante No Reactivo 6%. Los factores patológicos que alteraron el test no estresante fueron: la preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria e hipoxia fetal. Concluyendo que: no se determinó factores maternos que alteraron el resultado del test no estresante; ya que se obtuvo un porcentaje mínimo de casos con test no estresante no reactivo, habiendo mayor frecuencia en test no estresante reactivos en gestantes atendidas la unidad de Vigilancia Fetal del Hospital Regional de Ica año 2015.

Palabras Claves: Factores Maternos y Test no estresante.

SUMMARY

MATERNAL FACTORS THAT ALTER THE RESULT OF TEST NO

PREGNANT STRESSFUL.

REGIONAL HOSPITAL ICA. 2015.

The research, aimed to determine the maternal factors that affect the result of the non-stressful test in pregnant women. Regional Hospital of Ica. 2015; using a design: Descriptive simple because, observational, retrospective, cross-sectional; It is the main results: Stressful Reagent Test No 94% and not stressful Test Reagent No 6%. Pathological factors stressful not altered the test were: preeclampsia, placental abruption, placental insufficiency and fetal hypoxia.

Once the information was typed into a database in Microsoft Excel, it held classifying data according to variables such categorical and ordinal number. Finally, the data are presented in tables and figures academic of the variable under study. It concluded that: No maternal factors that altered the outcome of the test was determined not stressful; and that a minimum percentage of non-reactive non-stress test cases having greater impact on non-stressful test reagents in pregnant women attended Fetal Surveillance Unit of the Regional Hospital of Ica 2015 was obtained.

Keywords:

Maternal factors that alter not stressful Test.

INTRODUCCIÓN

Ciertos factores anteriores a la concepción y otros que surgen durante el embarazo, el parto o los primeros días del periodo neonatal pueden influir sobre la mortalidad perinatal. Dentro de este contexto se resalta la importancia del conocimiento y la adecuada implementación de las pruebas de bienestar fetal como parte integral de la atención de la gestante, con el propósito de la identificación temprana de la hipoxia/asfixia fetal, para un manejo adecuado y oportuno.

El monitoreo fetal es una prueba de vigilancia fetal a través del registro de los cambios de la frecuencia cardíaca fetal. Durante el embarazo esta prueba evalúa las aceleraciones de la frecuencia cardíaca como acto reflejo ante los movimientos en útero del feto. Considerándose así dentro del monitoreo fetal al Test No Estresante como un procedimiento donde se ha encontrado una estrecha relación entre la presencia de aceleraciones de la de la frecuencia cardíaca fetal y el bienestar fetal. Sin embargo al momento de la evaluación existen múltiples factores incluyendo datos demográficos y antecedentes obstétricos que afectan los resultados y la evaluación del test no estresante; existiendo también factores de índole patológicos, que nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores maternos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?; siendo el objetivo: Determinar los factores maternos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes, específicamente caracterizar los datos demográficos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes, Identificar los antecedentes obstétricos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes, Identificar los factores patológicos propios de

la gestación que alteran el resultado del test no estresante en gestantes; con un diseño descriptivo simple, población 2600 gestantes, con una muestra de 93, utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos. Una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en Microsoft Excel, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal; siendo los principales resultados: Test No Estresante Reactivo 94% y el Test no estresante No Reactivo 6%. Los factores patológicos que alteraron el test no estresante fueron: la preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria e hipoxia fetal. Concluyendo que: No se determinó factores maternos que alteraron el resultado del test no estresante; ya que se obtuvo un porcentaje mínimo de casos con test no estresante no reactivo habiendo mayor frecuencia en test no estresante reactivos en gestantes atendidas la unidad de Vigilancia Fetal del Hospital Regional de Ica año 2015.

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

ÍNDICE

RESUMEN	iv
SUMARY	v
INTRODUCCIÓN	vi
I CAPÍTULO: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Formulación del Problema	14
1.2.1. General	14
1.2.2. Específicos	14
1.3 Objetivos	15
1.3.1. General	15
1.3.2. Específicos	15
1.4 Hipótesis	15
1.5 Variables	15
1.6 Justificación e Importancia	17
1.7 Viabilidad	18
1.8 Limitaciones	18
II CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO	19
2.1 Antecedentes	19
2.1.1. Internacionales	19
2.1.2. Nacionales	23
2.1.3. Locales	26
2.2 Bases Teóricas	26
2.3 Definición conceptuales	48
III CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO	49
3.1. Tipo de Investigación	49
3.2 Diseño y esquema de investigación	50
3.3 Población y muestra	50
3.4 Instrumento de recolección de datos	51
3.5. Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos	52
IV. CAPÍTULO: RESULTADOS	54
4.1 Presentación de resultados	54
V. CAPÍTULO: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
CONCLUSIONES	65
SUGERENCIAS	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°01	54
TABLA N°02	55
TABLA N°03	56
TABLA N°04	57
TABLA N°05	58
TABLA N°06	59
TABLA N°07	60
TABAL N°08	61
TABLA N°09	62

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N°01	54
FIGURA N°02	55
FIGURA N°03	56
FIGURAN°04	57
FIGURAN°05	58
FIGURA N°06	59
FIGURA N°07	60
FIGURA N°08	61
FIGURA N°09	62

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

Un importante objetivo de la Obstetricia es conocer, controlar y mejorar en todo momento la salud fetal. Ciertos factores anteriores a la concepción y otros que surgen durante el embarazo, el parto o los primeros días del periodo neonatal pueden influir sobre la mortalidad perinatal, la salud del recién nacido o el desarrollo final del niño. El mejoramiento de la asistencia en el curso del periodo perinatal puede contribuir, por lo tanto, a elevar el nivel de salud en todo el mundo.¹

El proceso del nacimiento ha sido descrito como el viaje más peligroso que todos nosotros hemos realizado y la expectativa de nuestros días es que los riesgos y los problemas durante ese viaje deberían ser prontamente reconocidos de manera que nos permitan tomar acciones correctivas oportunas.²

Para alcanzar este fin se han diseñado muchos exámenes auxiliares asegurando que cualquier daño que pueda poner en peligro al feto en el útero pueda ser reconocido a tiempo para permitir la remoción de la influencia dañina o retirar al feto de su ambiente hostil; permitiendo así disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal en los últimos tiempos.³

Los métodos de control, biofísicos y bioquímicos, del estado de bienestar fetal más utilizados durante el embarazo son los siguientes: Test basal o monitorización fetal no estresante; Prueba de la oxitocina; Estimulación vibroacústica fetal; Perfil biofísico fetal; Doppler y Gasometría fetal. En la

presente investigación se abordó los factores maternos que alteraron el resultado del Test basal o monitorización fetal no estresante. El test basal es un método de evaluación del estado de la salud fetal durante el embarazo, basado en el estudio de las características de la frecuencia cardíaca fetal, en condiciones basales, sin estrés materno ni fetal. Su objetivo fundamental es la evaluación del estado de la salud fetal durante el embarazo, identificando el feto que presumiblemente está sano y el feto que posiblemente pueda estar en situación comprometida, con el fin de establecer las medidas oportunas, según los protocolos establecidos; en uno y otro caso, para poder corregir la situación antes de que se produzcan daños irreversibles en el feto.⁴

La salud del recién nacido está íntimamente relacionada con la salud materna y, aunque las causas médicas inmediatas de las muertes maternas y perinatales son diferentes, las causas básicas y los factores subyacentes son muy similares; por lo tanto, el estudio de la mortalidad perinatal y las medidas implementadas para prevenirla contribuyen también a disminuir la mortalidad materna y sus consecuencias devastadoras para la familia y la sociedad. La mortalidad de recién nacidos corresponde al 41% del total de defunciones de menores de cinco años. La mortalidad de neonatos ha descendido de 4,6 millones en 1990 a 3,3 millones en 2009, y el ritmo de descenso ha sido algo más rápido a partir del año 2000. El aumento de las inversiones en atención de salud para la mujer y el niño en el último decenio, cuando las Naciones Unidas fijaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ha contribuido a que los progresos de la supervivencia de las madres (2,3% anual) y los menores

de cinco años (2,1% anual) fueran más rápidos que los de la supervivencia de los recién nacidos (1,7% anual). Según las nuevas cifras, la mortalidad de recién nacidos, es decir las defunciones que se registran durante las cuatro primeras semanas de vida (el periodo neonatal), corresponde en la actualidad al 41% del total de defunciones de menores de cinco años. Esa proporción ha aumentado respecto del 37% a que correspondía en 1990, y probablemente seguirá creciendo. La primera semana de vida es la que más riesgo entraña para los recién nacidos, pese a lo cual en muchos países los programas de atención posnatal no han empezado hasta ahora a ocuparse de las madres y los bebés en ese momento crítico. Tres son las causas que explican las tres cuartas partes de la mortalidad neonatal en el mundo: partos prematuros (29%), asfixia (23%) e infecciones graves tales como sepsis y neumonía (25%). Si las intervenciones disponibles llegaran hasta quienes las necesitan se podrían prevenir dos tercios o más de esas defunciones.⁵

En el Perú según Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 se estima que en el Perú anualmente ocurrirían 12365 defunciones en menores de 5 años, de los cuales 10000 son menores de un año y 5300 son defunciones durante el primer mes de vida. Así mismo, se estima que se producirían un número similar de muertes fetales. Más de la mitad de las muertes infantiles ocurren el primer mes de vida.⁶

El principal interés de las parejas o de una madre cuando inicia el embarazo es saber con seguridad que su bebé se está desarrollando normalmente. Sin embargo al momento de la evaluación existen múltiples factores incluyendo datos demográficos y antecedentes obstétricos que

afectan los resultados y la evaluación del test no estresante; existiendo también factores de índole patológicos, como pueden ser tipos de anemia, hipertensión, Isoinmunización RH. Es por ello que la presente investigación estará orientada al estudio de los factores maternos que alteran el resultado del Test no Estresante en Gestantes de la Unidad de Vigilancia Fetal del Hospital Regional de Ica; Ya que la estadística nos indicó que en el año 2014 hubieron 41 óbitos donde las causas básicas de mortalidad fueron diabetes gestacional, anemia severa materna y patologías de los anexos ovulares. Toda esta información nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 General

¿Cuáles son los factores maternos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?

1.2.2 Específicos

1. ¿Cuáles son los datos demográficos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?
2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?
3. ¿Cuáles son los factores patológicos propios de la gestación que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores maternos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar los datos demográficos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015.
2. Identificar los antecedentes obstétricos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital regional de Ica. Año 2015.
3. Identificar los factores patológicos propios de la gestación que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital regional de Ica. Año 2015.

1.4 Hipótesis y/o sistema de hipótesis

Por ser estudio de nivel descriptivo, donde se describirán eventos pasados no tiene hipótesis, según el autor Roberto Hernández Sampieri.

1.5 Variables

1. Variable de interés o estudio

Factores maternos que alteran el resultado del test no estresante.

2. Variable interviniente

Operador del Test

3. Operacionalización de variables: página siguiente

VARIABLE DE INTERES	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICION	Escala
FACTORES MATERNOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE	DATOS DEMOGRAFICOS	Edad	Cualitativa	Nominal	10 - 19 20 - 29 30 - 39 40 A MAS
		Estado civil			Soltera Casada Conviviente
		Procedencia			Zona Rural Zona Urbana
	ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Paridad	cualitativa	Nominal	Nulípara Primípara Multípara Gran Multípara
		Periodo Intergenésico			Corto Largo
		Fin de gestación anterior			Parto Aborto
	PATOLOGIAS MATERNAS	Anemia materna	Cualitativa	Nominal	Leve Moderada Severa
		Hipertensión en el embarazo			Pre eclampsia Eclampsia Síndrome de HELLP
		Diabetes Gestacional			SI NO
	TEST NO ESTRESANTE	Reactivo No Reactivo Patológico	Cualitativa	Nominal	SI NO

1.6 Justificación e importancia

La presente investigación tuvo una consistencia teórica porque benefició al conocimiento de los factores maternos que influyen en los resultados del test no estresante de la gestante.

El estudio de los factores que influyen en el resultado del test no estresante benefició el desarrollo de las evaluaciones en las instituciones médicas y hospitales, cuyo propósito es brindar información acerca del adecuado desarrollo neurológico fetal. Como consecuencia brindó las condiciones necesarias para la disminución de la Morbimortalidad Perinatal.

El impacto que tuvo la investigación en la Región de Ica será en beneficio de las gestantes del Hospital Regional, porque con ello se podrá preveer el índice de mortalidad perinatal y materna.

Así mismo, con este aporte pretendemos evitar el riesgo de complicaciones y disminuir la estancia hospitalaria de la madre y el neonato, además se pretende aportar con metodologías de atención, para mejorar los cuidados obstétricos en las mujeres con estudios de test no estresante.

1.7 Viabilidad

La investigación fue viable, gracias al apoyo brindado por los profesionales que laboran en la unidad de monitoreo; los resultados serán en beneficio de las mismas.

1.8 Limitaciones

1. La presente investigación presentó complicaciones al momento de la recolección de los datos, debido a que la institución sólo brinda un número limitado de historias clínicas para la recolección de datos lo que no permite avanzar rápidamente; prolongando así el proceso de recolección de datos.
2. Registros incompletos.
3. El profesional no hace una correcta interpretación de los trazados cardiotocográficos, lo que dificultó el recojo de información.
4. El Hospital requirió de muchos documentos de trámite administrativo para poder ejecutar la recolección de datos, lo que retrasó el periodo de aplicación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales históricos:

Vázquez Santos, María del Pilar, en España, entre Octubre de 1994 y Septiembre de 1998 en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias, realizó la investigación titulada: Estudio de los estados de comportamiento en los fetos de madres diabéticas, con el objetivo de comprobar si mediante el estudio de los estados de comportamiento fetal es posible detectar la existencia de variaciones neuroconductuales en los hijos de madres diabéticas durante la vida intrauterina, diferenciando dos grados de afectación materna, la diabetes tipo I y la diabetes gestacional, utilizando el diseño descriptivo, ya que se ha realizado de forma transversal en el tiempo y no longitudinal, siendo los resultados: El período de tiempo en el que los fetos mostraron un patrón de frecuencia cardíaca fetal característico de sueño profundo, patrón A, oscilaciones pequeñas y ausencia de aceleraciones transitorias no difiere de forma significativa entre los tres grupos estudiados en ninguno de los períodos gestacionales considerados (36-37, 38, 39, semanas); Los tiempos obtenidos de la suma total de los períodos durante los que se detectaron movimientos de los cristalinos fetales a lo largo del estudio realizado en cada uno de los grupos y en las distintas edades gestacionales, las diferencias detectadas no alcanzaron en ningún caso valor significativo; A las 36-37 semanas, al considerar el tiempo que los fetos permanecieron en un estado de sueño profundo, mostrando un patrón de frecuencia cardíaca fetal con ausencia de aceleraciones

transitorias y oscilaciones pequeñas, en ausencia de movimientos oculares y corporales, no observamos diferencias significativas entre los distintos grupos estudiados, $p > 0.05$ y el número de cambios de estado de comportamiento, o de estado de coincidencia, que mostraron los fetos incluidos en el estudio es mayor en el Grupo de Diabetes tipo I que en el Grupo Control a las 36-37 semanas y también a las 38 semanas, aunque en estos períodos las diferencias observadas en la muestra estudiada no alcanzan significación estadística.

Aunque los resultados obtenidos al considerar a los fetos hijos de madres con diabetes gestacional son similares a los correspondientes a los hijos de madres con diabetes tipo I, la falta de significación en las comparaciones establecidas con el grupo control nos impiden concluir que esta patología se asocie con, modificaciones en los estados de comportamiento fetal.⁷

Blanco Fuentes, Lizzeth Andrea, en Colombia el año 2010, realizó la investigación titulada: Lectura de Monitoreo Fetal Electrónico, con el objetivo de realizar una revisión de la literatura, unificar conceptos y ser una guía a nivel local acerca de la interpretación del monitoreo fetal electrónico, utilizando el diseño analítico porque se trabajó con trazados de monitoreo fetal, siendo los resultados: en total se recolectaron 120 trazados de monitoreos electrónicos, de los cuales se utilizaron 96, los restantes en su mayoría no cumplían con los 20 minutos de duración o se encontraban en mal estado, en cada uno se realiza una descripción detallada de cada variable y su respectiva lectura. Concluyendo que el monitoreo fetal electrónico es una prueba de bienestar fetal de fácil acceso

para las pacientes gestantes en las instituciones de salud, económica y sin efectos adversos. Permite a pesar de su baja sensibilidad, evaluar en un momento determinado con una adecuada interpretación el estado fetal según su edad gestacional y mostrar signos de alarma, con una descripción en esta revisión de las probables causas que originen estados fetales no satisfactorios.⁸

Muñoz Cajilima, Juan Pablo, en Ecuador el año 2011, realizó la investigación titulada: Validación Diagnóstica entre Flujiometria Doppler y Cardiotocografía en la Valoración del Bienestar Fetal en Gestantes de 37 a 41 Semanas. Hospital José Carrasco Arteaga 2011, con el objetivo de evaluar la Flujiometria Doppler frente a la Cardiotocografía fetal, para diagnóstico de alteraciones del bienestar fetal agudo durante la labor de parto, en gestantes de 37 a 41 semanas en el departamento de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga, utilizando el diseño analítico; ya que se realizó un estudio de validación de prueba diagnóstica, siendo los resultados: la población incluida en el estudio estuvo representada por mujeres de edad entre 25 a 34 años, con un 85,9% de residencia urbana. El 45,9% de ellas tuvo bajo peso según el Nomograma peso talla para la gestación.

La sensibilidad de la Flujiometria de la Arteria Cerebral Media (54,44%) fue más alta que las otras pruebas y mucho más alta la especificidad (98,08%). El valor predictivo positivo fue del 94,74% y el valor predictivo negativo del 77,27%. La capacidad diagnóstica de la Flujiometria fue excelente por el índice de verosimilitud de 28,36 entre un mínimo de 7,06 y un máximo de 113,88. Concluyendo que el estudio de la Flujiometria

Doppler de la arteria umbilical tuvo valores inferiores que la Flujometría de la arteria cerebral media. La sensibilidad de la Flujometría de la arteria umbilical fue baja (33,33%) aunque la especificidad (86,54%) y los valores predictivos tanto positivo como negativo no fueron bajos. El LR+ fue de 2,48 con un mínimo de 1,37 a 4,49 pero su capacidad diagnóstica es bastante inferior a la Flujometría de la Arteria Cerebral media, la valoración del estado fetal prenatal con la Flujometría Doppler de la arteria cerebral media se encontró una sensibilidad (54,55%) más alta que las otras pruebas y una especificidad más alta aún (98,08%) que la Cardiotocografía y la Flujometría Doppler de la arteria umbilical. El valor predictivo positivo fue también alto (94,74%) y la capacidad diagnóstica de esta prueba por el LR + (28,36) con relación a las características del líquido amniótico que fueron de tinte meconial y meconial fluido junto con los valores del test de Apgar al primer minuto de hasta 7. Siendo más sensible y específico que el estudio flujométrico de la arteria umbilical; La Cardiotocografía electrónica fetal tuvo una sensibilidad y especificidad baja sensibilidad (33,33%) y bajo valor predictivo (45,83%) aunque la especificidad fue del 75% y el valor predictivo negativo del 63,93%. La capacidad diagnóstica por LR positivo fue también baja 1,33 en comparación con el estudio flujométrico y en todos los parámetros como el test de Apgar, características del líquido amniótico y la presencia de alteración del bienestar fetal resultante al final del parto o cesárea en todo el grupo estudiado.⁹

2.1.2 Nacionales

Díaz Vargas, Edgar Martin, en Perú, el año 2010, realizó la investigación titulada: Test no estresante en relación a los niveles de glucosa en gestantes del tercer trimestre del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé: marzo 2010, con el objetivo de determinar que los resultados del Test No Estresante no tiene relación con los niveles de glucemia materna en gestantes del tercer trimestre del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, utilizando el diseño descriptivo, transversal y prospectivo, siendo los resultados: de manera general en la distribución de gestantes en los grupos de estudio se observaron las siguientes características: en relación a la edad de las pacientes, el 69% fueron gestantes adultas, el 13% fueron gestantes añosas y el 18% fueron gestantes adolescentes. En relación a la paridad, el 56% fueron gestantes nulíparas y el 44% fueron gestantes multíparas. En relación a la edad gestacional, el 67% fueron embarazos a término y el 33% fueron embarazos pre término.

En relación a las horas de ayuno: en el grupo con ≤ 2 h de ayuno, la mayoría de las pacientes obtuvo una glicemia comprendida entre $90 < 120$ mg/dl (96%) y ≥ 120 mg/dl (80%); las que tenían un ayuno de $> 2 < 12$ h la mayoría de las pacientes (72%) obtuvieron una glicemia < 60 mg/dl y, finalmente en el 14% de las pacientes con ayuno ≥ 12 h obtuvieron una glicemia < 60 mg/dl. En relación entre la glicemia materna y la calificación del Test No Estresante. Se observó que el mayor porcentaje de todos los grupos de glicemia materna obtuvo una calificación de Test No Estresante reactivo, con rangos comprendidos entre 90.0% y 93.70%; existiendo

suficiente evidencia estadística para decir que no existe una asociación estadísticamente significativa entre glicemia y calificación del Test No Estresante ($p= 0.278$). En relación entre la edad gestacional y la calificación del Test No Estresante. Se observa que le mayor porcentaje de ambos grupos de edad gestacional (pre término y a término) obtuvieron una calificación de Test No Estresante reactivo, con rangos comprendidos de 90.0% y 96.0% respectivamente; existiendo suficiente evidencia estadística para decir que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables de estudio. ($p=0.38$). De acuerdo a los resultados del presente estudio se concluye que la calificación del Test No Estresante no tiene relación significativa con los niveles de glicemia materna. Por lo tanto indirectamente podemos afirmar que la realización del Test No Estresante no amerita la administración materna de glucosa. El estado conductual del feto (sueño – vigilia) tiene importancia en la realización del Test No Estresante.¹⁰

Ferrer Beltrán, Milagritos Jesús, Vargas Narro Milagros Evelyn, Rodríguez Vada en Trujillo – Perú, Abril – Junio 2010, realizó la investigación titulada: Administración de glucosa vía oral vs. Vía parenteral en el test no estresante en gestantes del tercer trimestre. Con el objetivo de determinar que vía de administración de glucosa parenteral u oral, era más eficaz en la reactividad del test no estresante, en gestantes del tercer trimestre, utilizando el diseño experimental, con: grupo experimental: gestantes con administración de glucosa vía oral; grupo contraste: gestantes con administración de glucosa vía parenteral; siendo los resultados demostraron que la administración oral de glucosa fue menos eficaz que

por vía parenteral en la frecuencia cardíaca fetal y su reactividad; también, la vía oral produjo mayor variabilidad fetal normal, menos aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal y menos movimientos fetales que la vía parenteral, concluyendo que la administración de glucosa por vía oral es menos eficaz que por vía parenteral en la frecuencia cardíaca fetal y en la reactividad durante el test no estresante. La administración de glucosa por vía oral produce una variabilidad fetal normal mayor que la administración por vía parenteral. La administración de glucosa por vía oral produce menos aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal que la administración por vía parenteral. La administración de glucosa por vía oral produce menos movimientos fetales que la administración por vía parenteral.¹¹

Galarza López César Luis, en Lima – Perú el año 2011, realizó la investigación titulada: Hallazgos Cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 2009 – 2010, con el objetivo de describir los principales hallazgos cardiotocográficos en gestantes con embarazos prolongados atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de 2009 – 2010, utilizando el diseño descriptivo, observacional y transversal, siendo los resultados 70,6% de las gestantes tuvieron entre 20 y 35 años u 41,7% fueron nulíparas. 85,4% de las gestantes tuvieron CST (Test Estresante) y 14,6% fueron NST (Test No Estresante). Los resultados cardiotocográficos fueron: 97,1% del total de las líneas de Base de la frecuencia cardíaca fetal se encontró entre 120 - 160 lat/min. 56,3% tuvieron variabilidad entre 5 - 9 lat/min. 70,9% tenían aceleraciones presentes y sólo el 20,4% presentó desaceleraciones, siendo más

frecuentes las variables y espicas. 68 de los CST y 10 de los NST representaron un buen estado fetal al ser TST Negativo Reactivo y NST Fetos Activos Reactivos respectivamente y según el Puntaje de Fisher el 75,7% tuvieron un estado fetal fisiológico. Los resultados neonatales fueron: el líquido amniótico fue claro en 73,8% de los embarazos. En el 87,4% de casos la cantidad de líquido fue normal. 70,9% del peso del recién nacido fue adecuado para su EG y 98,1% tuvieron Apgar mayor a 7 al 1min y a los 5min. Al comparar la edad gestacional por FUR o ecografía del I trimestre con la calculada al momento del parto, según Capurro sólo 1,9% de los casos tenían 42 semanas, concluyendo que la mayoría de los embarazos prolongados tuvieron resultados cardiotocográficos dentro de los parámetros normales.¹²

2.1.3 Locales

No se han reportado estudios relacionados al tema.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Factores Maternos

Factor: Elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado.¹³

Factores Maternos:

Son todos los elementos que intervienen directamente en la respuesta de las madres, y que determinan la alteración del test no estresante.¹⁴

Clasificación de los factores maternos

Los factores maternos que alteran el test no estresante son múltiples, pero los principales considerados para efectos de la presente tesis son:

- Factores de datos demográficos
- Factores de antecedentes obstétricos
- Factores de patologías propias del embarazo

1. Datos Demográficos

La demografía es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas, de su dimensión, estructura, evolución y características generales. La demografía estudia estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan su formación, conservación y desaparición. Tales procesos, en su forma más agregada, son los de fecundidad, mortalidad y migración: emigración e inmigración.¹⁵

Los datos demográficos son las características que determinan la estructura y la dinámica de la población, en sus procesos de fecundidad, mortalidad, migración.¹⁶

Edad

Es la característica que indica el tiempo de existencia de una persona desde su nacimiento a la actualidad.

Estado civil

Es la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros se determina por sus relaciones de familia, que nacen del matrimonio o del parentesco y establece ciertos derechos y deberes.

Procedencia

Lugar, cosa o persona del que procede alguien o algo.¹⁷

Antecedentes Obstétricos

La Paridad

Es la clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500gr. Y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.¹⁸

Habitualmente, la paridad se designa con el número total de embarazos y se representa por la letra 'P' o la palabra 'para'. Una mujer para 4 (P4) grávida 5 (G5) ha tenido cuatro embarazos de más de 28 semanas y un aborto antes de las 28 semanas.

Paridad se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500 gramos o más o que poseen más de 20semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad). Si el producto no alcanza este peso o edad gestacional se denomina aborto.

Nulípara, mujer que no ha parido nunca; Primípara, mujer que ha parido una vez; Multípara, mujer que ha parido 2 o más veces y Gran Multípara, mujer que ha parido 5 veces o más.¹⁹

La edad Gestacional

La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.

La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

Los bebés nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y después de la semana 42 se consideran postmaduros.

La edad gestacional se puede determinar antes o después del nacimiento.

Antes del nacimiento, el médico empleará una ecografía para medir el tamaño de la cabeza, el abdomen y el fémur del bebé. Esto ayuda a determinar qué tan bien está creciendo el bebé dentro del útero.

La edad gestacional no debe ser confundida con la edad de fertilización, también llamada edad de concepción o edad de desarrollo de un embrión o feto. La edad de fertilización siempre comienza a contarse desde el momento de la fertilización y la edad gestacional unas dos semanas de mayor edad.

La edad gestacional puede determinarse antes o cuando el bebé nace. Antes del nacimiento, el crecimiento se determina con una ecografía, midiendo el tamaño de la cabeza, el abdomen y el fémur.

Después del nacimiento, la evaluación del peso, la talla, el perímetro cefálico, el estado de la piel y del cabello, los reflejos, el tono muscular, la postura y los signos vitales del bebé pueden suministrar una edad gestacional de “desarrollo”, la cual puede no corresponder a la edad

gestacional por “calendario”. Por ejemplo, un bebé nacido con una edad gestacional de 36 semanas puede realmente tener una edad gestacional de desarrollo de 38 semanas y, por lo tanto, comportarse más como un bebé a término que como un bebé prematuro.²⁰

Período Intergenésico

Es el intervalo de tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.²¹

Factores Patológicos Propios del Embarazo:

a. Anemia Materna

La anemia se refiere a la disminución de los valores de hemoglobina en la sangre por debajo de ciertos niveles establecidos (en realidad disminuye el tamaño y el número de glóbulos rojos, la concentración de hemoglobina en cada uno de ellos y el valor de la hemoglobina total). La anemia ferropénica, por deficiencia de hierro, es la más frecuente durante el embarazo (90%); es la disminución de la cantidad de hemoglobina durante el periodo grávido puerperal. Seguir una dieta equilibrada y tomar suplementos de hierro antes, durante y después del embarazo previene su aparición.²²

Normalmente esta deficiencia no afecta al feto, pero si la anemia es grave (el valor de la hemoglobina desciende por debajo de 7g/dL) puede repercutir negativamente en la gestación, y está relacionada con nacimientos prematuros, riesgo de infecciones, e

incluso abortos y mortalidad perinatal.²³ Clasificación: leve (9 – 11gr/dl); moderada (9 – 7 gr/dl) y severa (menos 7gr/dl).

Complicaciones en el feto: Deformidades en el sistema nervioso del feto; Parto prematuro y bajo peso del feto al nacer.²⁴

Esta es una de las afecciones más frecuentes de la población mundial, de hecho, es un problema de salud pública: se calcula que al menos 2 Billones (2.000.000.000.000) de personas sufren esta enfermedad y aproximadamente un 50% de los casos se debe a deficiencia de hierro (Anemia Ferropénica), por lo tanto se la clasifica como una enfermedad nutricional y así como una enfermedad que fundamentalmente afecta a poblaciones pobres del mundo especialmente a los niños, adolescentes y mujeres embarazadas.²⁵

b. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo

Bajo el término de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, se engloban una extensa variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial durante la gestación. Hipertensión gestacional es aquella hipertensión nueva que se diagnostica después de la semana 20 de gestación sin proteinuria significativa asociada. Los trastornos hipertensivos del embarazo ocurren en mujeres con hipertensión crónica pre-existente primaria o secundaria, o en mujeres quienes desarrollan hipertensión durante la segunda mitad del embarazo.²⁶ Su diagnóstico se hace al comprobar en dos ocasiones (en intervalo no menor de 6 horas),

con el paciente en reposo, cifras de tensión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg, o cuando se comprueba un incremento mayor de 30 mmHg de la presión arterial sistólica y/o mayor de 15 mmHg de la presión arterial diastólica con respecto a los valores previos al embarazo; así mismo cuando la tensión arterial media es mayor o igual a 90 mmHg en el primer y segundo trimestre y mayor o igual a 95 mmHg en el tercer trimestre o mayor de 20 mmHg de la tensión arterial media basal.²⁷

Hipertensión crónica es aquella hipertensión que se presenta antes de la semana 20 de gestación o en la mujer embarazada que se conocía hipertensa previo al embarazo.²⁸

Clasificación de la hipertensión inducida por el embarazo:

- Pre eclampsia es aquella hipertensión nueva que se diagnostica después de la semana 20 de gestación con proteinuria menor de 5grs. En 24 horas.
- Eclampsia es aquel episodio de convulsiones tónico - clónicas en gestantes con pre eclampsia.
- Síndrome HELLP (hemólisis, nivel elevado de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas) es una entidad clínica caracterizada por la presencia simultánea de hemolisis, enzimas hepáticas elevadas y conteo plaquetario bajo en gestantes con pre eclampsia o eclampsia.²⁹

c. Diabetes Gestacional

Durante el embarazo son frecuentes las alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, y el 1 – 3% de todas las gestantes muestran intolerancia a la glucosa. La mayoría de estas pacientes son mujeres con predisposición genética o metabólica a la diabetes, incapaces de compensar adecuadamente los efectos diabetogénicos del embarazo, es decir, son pacientes con diabetes gestacional.

La razón más importante por la que el embarazo pone de manifiesto la tendencia a la diabetes de mujeres asintomáticas es el progresivo aumento de la resistencia a la insulina que se produce durante la gestación. Otras razones para la tendencia a la diabetes durante el embarazo son el incremento de la lipólisis y las alteraciones de la gluconeogénesis que se suelen producir en la gestación.³⁰

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se desarrolla solo durante el embarazo. Diabetes significa que su glucosa en sangre, también denominada azúcar en sangre, es demasiado alta.

Por lo general, la diabetes gestacional se diagnostica durante la última etapa del embarazo. Si se diagnostica diabetes en una etapa más temprana de su embarazo, es posible que haya tenido diabetes antes de quedar embarazada.

Riesgos de padecer diabetes gestacional:

- Tener más de 25 años al quedar embarazada.
- Tener antecedentes familiares de diabetes.
- Haber dado a luz a un bebé que pesó más de 4 kg (9 lb) o que tuvo una anomalía congénita.
- Tener hipertensión arterial.
- Tener demasiado líquido amniótico.
- Haber tenido un aborto espontáneo o mortinato de manera inexplicable.
- Tener sobrepeso antes del embarazo.³¹

Efectos de la diabetes en la madre y en el producto

La glucosa cruza la placenta por difusión facilitada, por lo que los niveles séricos maternos determinan transitoriamente los niveles fetales y una hiperglucemia fetal condiciona hiperinsulinemia; la cual se asocia con mal pronóstico fetal, Macrosomía, lipogénesis, organomegalia, polihidramnios; así como, disminución en la maduración pulmonar, hipoxia, acidemia, policitemia, hiperbilirrubinemia e hipoglucemia.

El embarazo se caracteriza por incremento en la resistencia a la insulina y cambios en el metabolismo intermedio como resultado de la producción de lactógeno placentario, progesterona, gonadotropina coriónica humana, prolactina, estriol y cortisol. Este

incremento en la resistencia es más notorio en el tercer trimestre de la gestación.³²

Pruebas de Vigilancia Fetal

Es la observación permanente del feto durante su vida intrauterina, por medios clínicos y biofísicos, con la finalidad de conocer y mantener su bienestar.³³

Los Objetivos De La Vigilancia Fetal Son:

- Disminuir la morbimortalidad perinatal.
- Impedir las intervenciones innecesarias y limitar así la prematuridad iatrogénica y el parto quirúrgico.
- Detectar en forma temprana enfermedades susceptibles de ser tratadas in útero.³⁴

Tipos Pruebas Vigilancia o Bienestar Fetal

Existen varios tipos de pruebas de vigilancia fetal³⁵

- **Autocontrol de movimientos fetales**
- **Pruebas bioquímicas**
 - Dosaje materno de alfa feto proteína.
 - Dosaje materno de estriol en orina 24 horas.
- **Monitoreo fetal electrónico**
 - Test No estresante
 - Test Estresante
 - Monitoreo Intraparto
- **Perfil biofísico**
- **Ecografía Doppler color**

Cardiotocografía:

La cardiotocografía (CTG) prenatal es una prueba de utilizada en el embarazo para identificar fetos con riesgo de desarrollar hipoxia. Consiste en el control o vigilancia continua de la frecuencia cardiaca fetal en relación a los movimientos fetales y dinámica uterina.

En función de los datos de estudios observacionales, se pensó originalmente que la cardiotocografía sería de gran valor para detectar resultados fetales deficientes tempranos, que indiquen la necesidad de intervenciones para mejorar las probabilidades de supervivencia de los neonatos.³⁶

Sin embargo, los datos disponibles sugieren que cuando se utiliza la cardiotocografía como la «prueba sin estrés» o la «prueba de estrés durante las contracciones», puede llevar a que los médicos utilicen intervenciones innecesarias o inadecuadas como resultado de errores intraobservador e intraobservador asociados con la interpretación visual. En embarazos de alto riesgo, la cardiotocografía no reactiva puede incluso estar asociada con una mayor morbimortalidad fetal.³⁷

Debido a los errores asociados con la interpretación visual de los resultados de la cardiotocografía, se ha desarrollado un método computarizado de análisis, que otorga una interpretación más objetiva y confiable.³⁸

La mayoría de la carga global de muertes perinatales corresponde a países en desarrollo, pero actualmente el uso de la cardiotocografía prenatal en lugares de escasos recursos es limitado. Una evaluación de la cardiotocografía prenatal en Nigeria encontró que las mujeres sometidas a una prueba sin estrés no reactiva tenían una probabilidad significativamente mayor de tener el parto por cesárea, mortalidad perinatal alta y neonatos pequeños para la edad gestacional.³⁹

Test No Estresante (TNE)

Es el registro electrocardiotocográfico simultáneo de actividad cardíaca fetal, actividad uterina y movimientos fetales sin mediar estrés externo para el feto. Consiste en la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal, estudiando las características, así como también las modificaciones que se producen con los movimientos fetales. Este procedimiento se basa en observaciones de diversos autores quienes han encontrado una estrecha relación entre la presencia de aceleraciones de la de la frecuencia cardíaca fetal y el bienestar fetal.

Es una prueba rápida y sencilla de fácil interpretación. Sin contraindicaciones, se puede repetir cuantas veces sea necesaria. Tiene correlación con otras pruebas de bienestar fetal.

Se realiza a partir de las 28ssde gestación.

La Organización Mundial de la salud indica por lo menos dos veces en los embarazos normales.⁴⁰

Determina la reserva respiratoria feto-placentaria (capacidad placentaria para transporte de oxígeno y la capacidad de resistencia fetal a la hipoxia).

Un test no estresante (NST) 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, las bradicardias sostenidas, que pone al feto en riesgo de asfixia o daño neurológico.⁴¹

Se basa en la premisa de que la frecuencia cardíaca del feto no acidótico y neurológicamente íntegro, reaccionará con aceleraciones transitorias a los movimientos fetales.

Con una alta tasa de falsos positivos, los resultados falsos negativos para el test no estresante son del 1,9/1000. En general se admite que el Test No Estresante aporta un margen de seguridad de una semana, siendo el periodo de mayor estabilidad de las variables analizadas el de 48 horas. No obstante, estas cifras no están validadas, por lo que se recomienda ajustar la periodicidad de la exploración a cada situación clínica concreta.⁴²

Indicaciones:

- El test basal o test no estresante está indicado fundamentalmente, en los embarazos de alto riesgo obstétrico. La Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda en el embarazo

normal, de bajo riesgo obstétrico, que, de forma *opcional*, pueda realizarse un test basal para evaluar el estado de bienestar fetal a partir de las 40 semanas del embarazo.

- Aunque tampoco existe evidencia científica que justifique la utilización del test basal en los embarazos de riesgo, actualmente sí se considera a estas gestaciones candidatas al control fetal mediante test no estresante.⁴³

Contraindicaciones: no existen.

TÉCNICA

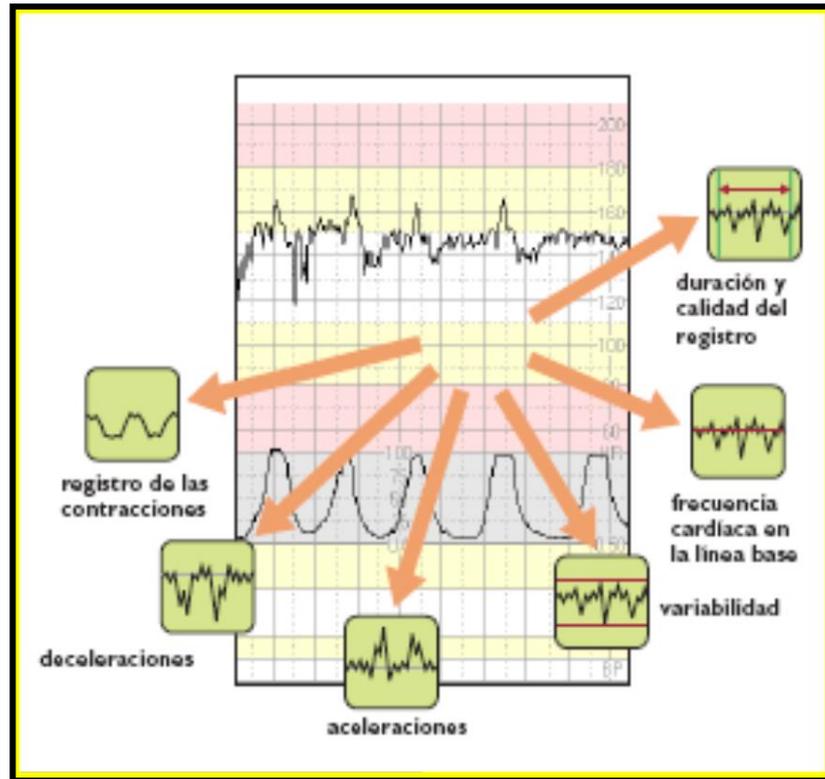
Para que la técnica sea correcta, y evitar con ello los falsos positivos y negativos, es necesario que se cumplan una serie de requisitos:

- Posición de la paciente: semisentada o en decúbito lateral izquierdo, evitando siempre la posición de decúbito supino, a fin de que no se produzca el síndrome hipotensivo supino y las alteraciones consiguientes de la frecuencia cardíaca fetal. Además, es conocida la influencia de la posición materna en los movimientos fetales y en la frecuencia cardíaca fetal.
- La paciente no debe acudir en ayunas a la realización del test basal, ya que se ha demostrado que los movimientos fetales son más frecuentes tras la ingesta, sobre todo de glucosa.
- Si la paciente es fumadora, debe transcurrir un intervalo entre el último cigarrillo y el test basal de al menos una hora, ya que se ha demostrado que el tabaco produce efectos negativos en la FCF y en los movimientos fetales.

- Si la paciente está sometida a un tratamiento farmacológico sedante, debe indicarlo, y, si fuese posible, debe realizarse la prueba antes de la toma de dicho fármaco.
- La duración debe tener un mínimo de 20 minutos.
- Si tras este período se cumplen las condiciones exigidas para valorar el test basal, puede darse por finalizado el mismo, pero si no ha habido suficientes movimientos fetales, debe procederse a estimular el feto por palpación del abdomen materno con el objetivo de “despertarlo” (el período de sueño fisiológico fetal dura alrededor de 20 minutos, y el período de actividad, alrededor de 40 minutos), o bien administrando a la embarazada una solución de glucosa. Tras estas maniobras es necesario esperar otros 20 minutos antes de valorar el test basal. Se ha demostrado que la reactividad inducida por la movilización fetal tiene el mismo valor pronóstico que la espontánea.⁴⁴

Elementos de un trazado cardiotocográfico:

- Línea de base de la frecuencia cardíaca fetal
- Variabilidad
- Aceleraciones
- Desaceleraciones
- Movimientos fetales



TEST DE FISHER

VARIABLE	0	1	2
Línea de Base	<100>180	100 a 119 y 161 a 180	120 a 160
Variabilidad	<5 0	5 a 9 ó >25 <6	10 a 25 6 a 10
Aceleración	0	Esporádicas o periódicas	De 5 a más
Desaceleraciones	Repetidas ó Desfavorables	variables o alejadas	Ninguna
Actividad Fetal	No hay	1 a 4 mov/min	>5 mov/min

Variables Estudiadas

El test basal estudia la frecuencia cardíaca fetal en condiciones basales en relación con tres aspectos: características de la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal; existencia o no de aceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca fetal en respuesta a los movimientos fetales; existencia o no de aceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca fetal en respuesta a las contracciones uterinas espontáneas. La existencia de aceleraciones transitorias de la frecuencia cardíaca fetal durante el test basal es un fenómeno conocido con el nombre de reactividad. Este hecho es considerado universalmente como un signo de salud o de bienestar fetal.⁴⁵

Parámetros o variables del Test de Fischer

Línea de base: Es el promedio de fluctuaciones de latido a latido durante 10 minutos. (Estabilidad), y este es valorado independientemente de los cambios periódicos (aceleraciones o desaceleraciones). La línea de base normal (eutocardia) es de 120 - 160 latidos por minuto.

Variaciones de la Línea de Base:

a.- Taquicardia fetal: aumento de la frecuencia cardíaca fetal por encima de 160 latidos por minuto a partir de la línea de base con un periodo mínimo de 10 minutos a más.

b.- Bradicardia fetal: descenso de la frecuencia cardíaca fetal a menos de 120 latidos por minuto o 30 latidos por minuto desde la línea de base durante 10 minutos a más.⁴⁶

Variabilidad: Se puede describir como la normal irregularidad del nervio cardíaco, que resulta de la interacción continua entre el sistema simpático y parasimpático del sistema nervioso autónomo. La frecuencia cardíaca fetal es el resultado de mecanismos cardioestimuladores y cardioinhibidores, y el equilibrio entre ambos sistemas establece la frecuencia cardíaca normal. Como resultado del citado equilibrio dinámico, la frecuencia cardíaca fetal muestra oscilaciones o fluctuaciones rápidas, latido a latido, conocidas con el nombre de variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal.

Estas dos fuerzas trabajan en equilibrio modulando la frecuencia cardíaca fetal y modifica la línea de base 2 a 3 veces por minuto.

Clasificación de la variabilidad:

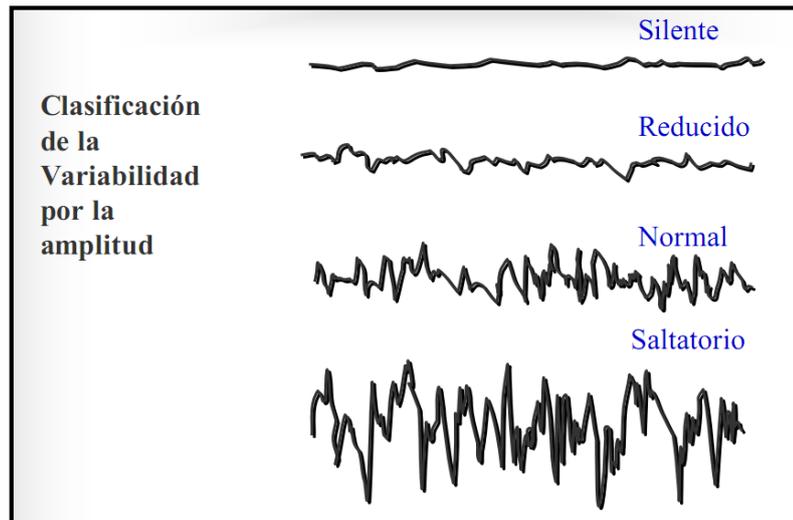
TIPO 0: Amplitud 5 latidos por minuto y frecuencia 2 latidos por minuto (SILENTE).

TIPO I: Amplitud 5-10 latidos por minuto (DISMINUIDA).

TIPO II: Amplitud 10-25 latidos por minuto y frecuencia 3-6 latidos por minuto (NORMAL).

TIPO III: Amplitud > 25 latidos por minuto y frecuencia > de 6 latidos por minuto.⁴⁷

VARIABILIDAD – CLASIFICACION



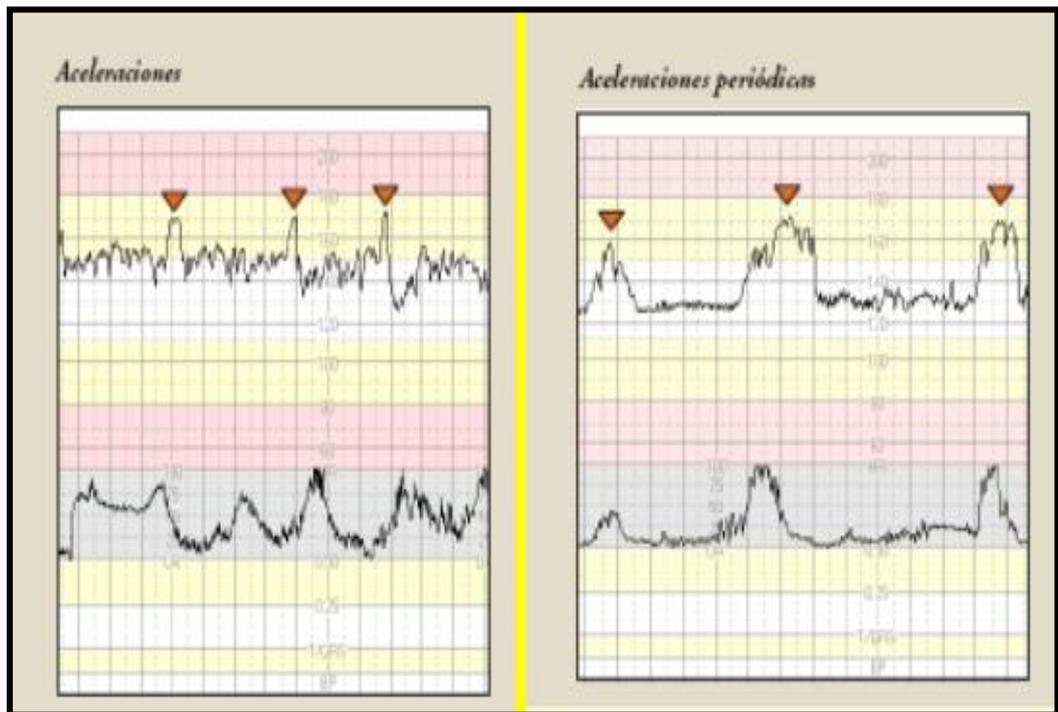
Aceleraciones: Es la elevación de la frecuencia cardíaca fetal en 15 latidos. Por encima de la línea de base con una duración mínima de 15 segundos y no mayor de 10 minutos de lo contrario se estaría hablando de una variación de la línea de base. Aunque a los que se asignan mayor valor pronóstico son los relacionados con los movimientos fetales.

En fetos <32 semanas: una aceleración de por lo menos 10 latidos por minuto que dura 10 segundos es tranquilizadora.

Existen múltiples clasificaciones de ellos, pero la más conocida es la de Aladjem : *Aceleraciones Omega* (incremento promedio de FCF de 13 ± 5 lat./min y duración media de 27 ± 12 segundos); *Aceleraciones Lambda*, con incremento más descenso de la FCF y relacionados con la patología funicular (incremento de 13 ± 6 lat./min, duración de 34 ± 14 segundos y descenso de 10 ± 4 lat./min); *Aceleraciones elípticos* (incremento de 17 ± 5 lat./min y duración de 87 ± 40 segundos), y *Aceleraciones periódicos*, sucesión de Aceleraciones Omegas (incremento de 14 ± 6 lat./min y duración de 83 ± 39 segundos). Las Aceleraciones Omega y

Aceleraciones periódicas son consideradas de buen pronóstico fetal. Las Aceleraciones Lambda están relacionadas con una oclusión temporal del cordón umbilical, por circular de cordón u otra causa, y las aceleraciones elíptico está relacionado con un estímulo hipóxico, especialmente cuando conduce a un cambio en la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal.⁴⁸

TIPOS DE ACELERACIONES



Desaceleraciones: Es la caída de la frecuencia cardíaca fetal 15 latidos. Por encima de la línea de base con una duración mínima de 15 segundos. Y no > de 10 minutos.

Tipos de desaceleraciones:

Desaceleraciones tempranas: conocidas como DIP I; son uniformes y repetitivas. Se caracterizan porque empiezan al inicio de la contracción y

con retorno a la línea de base después de finalizada la contracción son producidas por compresión de la cabeza.

Desaceleraciones tardías: conocidas como DIPII son uniformes y repetidas. Se caracterizan porque empieza después de iniciada la contracción, y un nadir después de 30 segundos del pico de la contracción con final de la contracción y con retorno a la línea de base después de finalizada la contracción. Pueden reflejar insuficiencia placentaria.

Desaceleraciones variables: conocidas como DIPIII. Es variable intermitente. Se caracterizan porque tienen inicio y recuperación rápidos. Reflejan compresión de cordón por distocia u oligohidramnios.⁴⁹

Movimientos fetales: Los movimientos pueden ser únicos o múltiples.

En Espiga son debido a movimientos fetales de miembros fetales; Tipo Cordillera: son debido a movimientos múltiples del feto; Y en Salva: Movimientos múltiples del ahogado.⁵⁰

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Existen múltiples criterios y clasificaciones para valorar el test basal, basados todos ellos en la reactividad fetal y diferenciada entre sí en los parámetros que definen el feto reactivo, en función del número, amplitud y duración de las aceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

Interpretación del Test No Estresante:

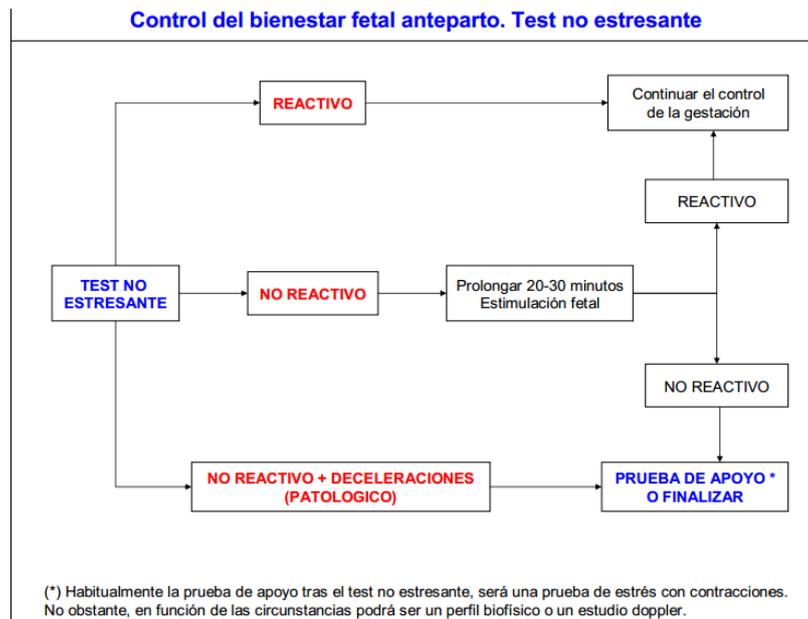
Reactivo: La prueba reactiva expresa un buen estado fetal en esta se ve dos o más ascensos del latido fetal asociado con los movimientos fetales. Criterios de reactividad y parámetros de la frecuencia cardíaca fetal

normales. Descarta hipoxia. Indica bienestar fetal (se sugiere control en 5 a 7 días).

No Reactivo: La prueba no reactiva se expresa con ningún ascenso del latido fetal. Sin criterios de reactividad y parámetros de la frecuencia cardíaca fetal normales. Descartar falso no reactivo indicar test estresante si es mayor de 36 semanas de gestación o perfil biofísico fetal si no lo es.

Patológico: sin reactividad y parámetros de la frecuencia cardíaca fetal patológicos. Completar con perfil biofísico fetal, ver madurez pulmonar y culminar gestación.

Trazado sinusoidal el latido fetal describe un senoide ocurre excepcionalmente. La variabilidad se manifiesta por ascensos y descensos del latido cardiaco fetal entre 15 latidos en más y menos del latido basal que es el que más se repite en el examen.⁵¹



2.3 Definición de Términos Básicos

2.3.1 Factor de riesgo materno: agente o elemento que contribuye a la producción de un resultado que se ha asociado con una mayor tasa de una enfermedad que ocurre a continuación por características vinculadas a la madre.⁵²

2.3.2 Monitorización Electrónica de la Frecuencia Cardíaca Fetal

Esta prueba se hace mediante el registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal ante parto y de los movimientos fetales espontáneos, de presentarse ascensos en el latido fetal estos deben ser de más de 15 latidos por más de 15 segundos. En el análisis se debe tener en cuenta el reposo fisiológico del feto en la misma disminuye el latido fetal, las drogas depresoras del sistema nervioso central que son administradas a la madre.⁵³

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Dimensión Espacial y Temporal

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Ica, durante el año 2015.

3.1 Tipo de Investigación⁵⁴

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

1. Según la intervención del Investigador

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

2. Según la planificación de la toma de datos

Retrospectivo: Porque los datos se recogieron de hechos pasados.

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

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

Descriptivo⁵⁵ porque describió los hechos a observar como los factores maternos que alteraron los resultados del test no estresante.

3.2 Diseño y esquema de Investigación: Descriptivo Epidemiológico⁵⁶ de una sola variable

Diagrama

Dónde:

O1 = Observación de la variable de interés

M = Muestra

O1 ←———— M

3.3 Población y muestra

Estuvo constituido por todas las gestantes que acudieron a la unidad de cardiotocografía fetal, a las cuales se les realizó como prueba de bienestar fetal Test No Estresante, siendo N = 2600.

1. Selección de la Muestra

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

Fórmula:

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

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 2600

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

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

q: 1 – p (si p = 50 %, q = 50 %) = 1

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

$$n = \frac{2497,04}{26,9504}$$

n = 92,6532 = 93 gestantes.

2. Características de la Población:

Criterios de inclusión

- Trazados del test no estresante legibles.
- Trazados del test no estresante con sello y firma del personal de salud que interpretó dicho trazado.
- Historia clínica con datos completos de gestante.
- Gestantes con patología obstétrica.
- Gestantes con 28 semanas de gestación a más sin trabajo de parto.

3. Muestreo

Probabilístico bajo la modalidad de aleatoria simple.

4. Unidad de Análisis

Cada gestante.

5. Unidad de Muestreo

Cada gestante con trazado de test no estresante.

6. Marco Muestral

Relación de gestantes con test no estresante.

3.4 Instrumento de recolección de datos

1. **Técnica**, fue el análisis documental que es una herramienta sistemática al servicio y se fundamenta en la utilización de documentos; recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes,⁵⁷ para esta investigación se utilizó el informe del monitoreo fetal electrónico e historias clínicas maternas perinatales.

- 2. Instrumento,** fue la ficha de recolección de datos constituida por cuatro partes. 1. Características demográficas con tres ítems: edad, estado civil y procedencia. 2. Factores de antecedentes obstétricos con tres ítems: paridad, periodo intergenésico, gestación anterior. 3. Factores patológicos con seis ítems: anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo, pre eclampsia, diabetes mellitus, otro tipo de patología, y ninguna patología. 4. Resultado del Test No Estresante con tres ítems: reactivo, no reactivo, y patológico.

3. Validez y confiabilidad:

La validez de los instrumentos es racional, por tratarse de documentos validados por el Ministerio de salud y el Centro Latinoamericano de Perinatología y la Organización Mundial de la Salud. La confiabilidad se realizó mediante la prueba RK Richardson que es de 0,92 aceptable para la ficha de recolección de datos.

3.5 Técnica de recojo, procesamiento y presentación de datos

- 1. Autorización.-** Se gestionó los permisos respectivos a las autoridades respectivas para la aplicación del instrumento; también se realizó las respectivas coordinaciones con el encargado de la unidad de vigilancia fetal y con el jefe de la oficina de estadística e informática.
- 2. Identificación.-** Se identificó a las gestantes mediante el registro correspondiente.
- 3. Selección de participantes.-** Luego se aplicó los criterios de inclusión, se procedió a seleccionar a cada gestante.
- 4. Aplicación del instrumento.-** Se procedió a recolectar los datos y anotarlos en la ficha.

5. **Digitación.-** Una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en Microsoft Excel, la cual era ingresada diariamente.
6. **Archivo.-** Toda la documentación se encuentra en la base de la investigadora en calidad de custodia hasta dos años.
7. **Consideraciones ética⁵⁸.**- La presente investigación se realizó respetando las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, tomando del manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación (OPHSI) y del comité institucional de ética para humanos (CIE). Categoría de investigación de “Ningún Riesgo” (exoneración de revisión).

8. **Elaboración de los datos**

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica, cada uno de los datos que se utilizaron; 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 presentan los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

9. **Análisis e interpretación de datos:**

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

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

FACTORES MATERNOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. AÑO 2015.

TABLA N°01

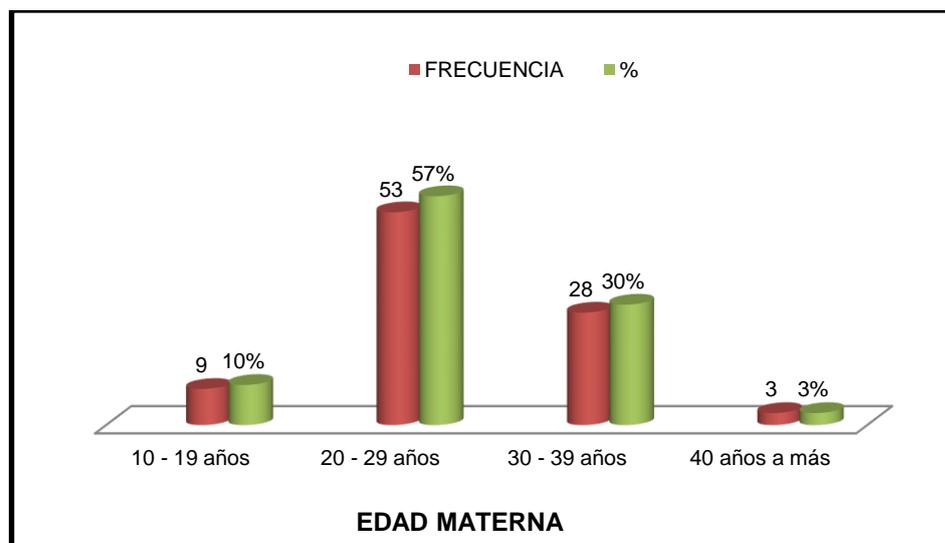
FRECUENCIA DE EDAD MATERNA

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	%
10 - 19 años	9	10%
20 - 29 años	53	57%
30 - 39 años	28	30%
40 años a más	3	3%
	n = 93	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: El perfil demográfico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica en cuanto al grupo etareo se encontró el 57% entre edades de 20 a 29 años, seguido por las edades de 30 a 39 años en un 30%, de 10 a 19 años un 10% y de 40 años a más un 3%.

Figura N° 01



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

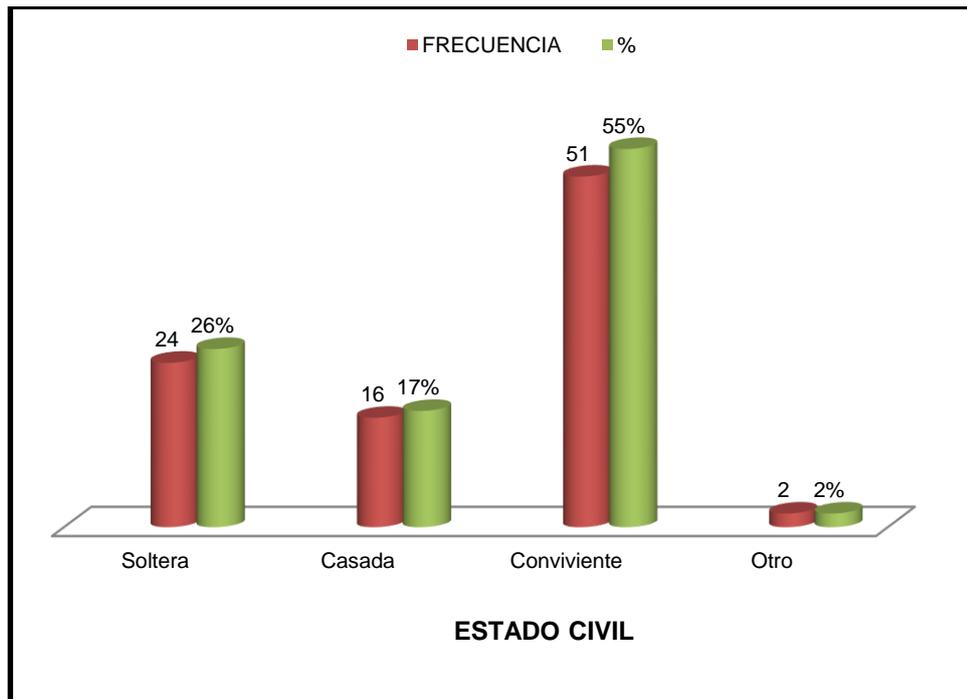
FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltera	24	26%
Casada	16	17%
Conviviente	51	55%
Otro	2	2%
	n = 93	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: El perfil demográfico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica en cuanto al estado civil se encontró el 55% eran convivientes, seguido por un 26% soltera, 17% casadas y un 2% otro tipo.

Figura N° 02



Fuente: Tabla n° 02

TABLA N° 03

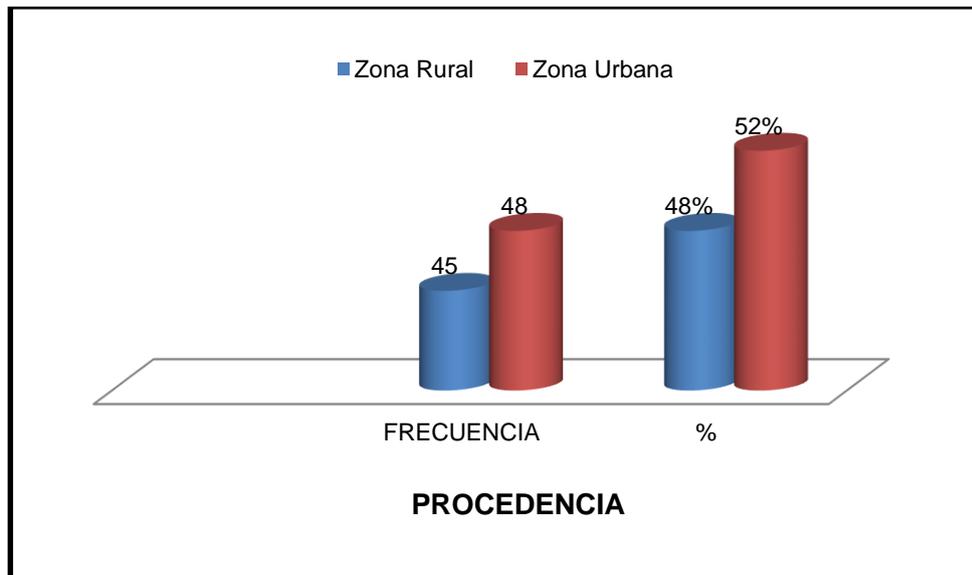
FRECUENCIA DE PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
Zona Rural	45	48%
Zona Urbana	48	52%
	n = 93	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: El perfil demográfico de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica en cuanto a la procedencia se encontró que el 52% es de la zona urbana y el 48% de la zona rural.

Figura N° 03



Fuente: Tabla n° 03

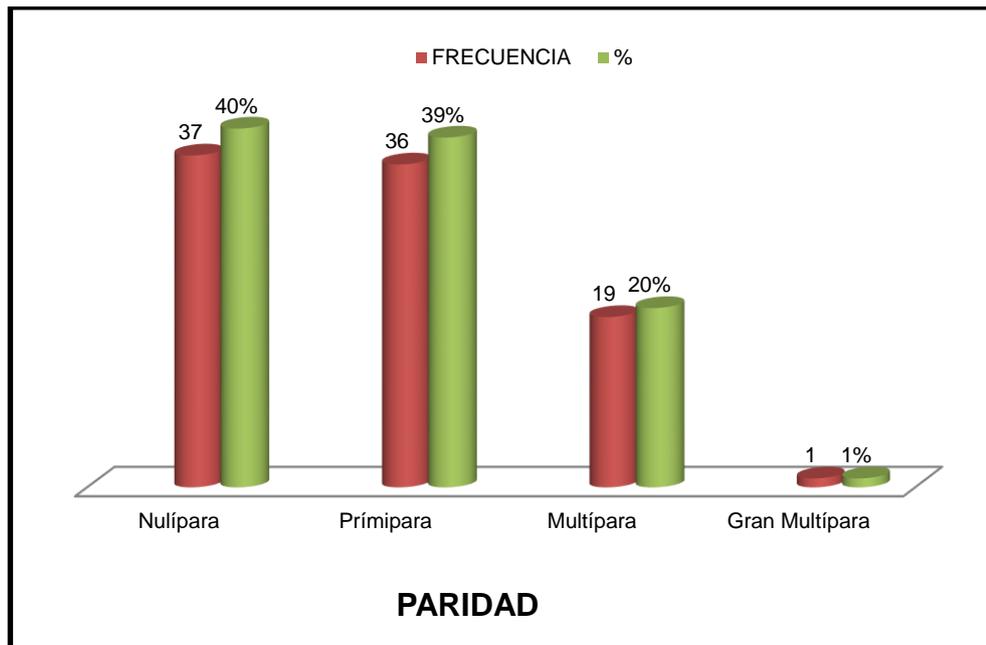
TABLA N° 04
FRECUENCIA DE PARIDAD

PARIDAD	FRECUENCIA	%
Nulípara	37	40%
Primípara	36	39%
Múltipara	19	20%
Gran Múltipara	1	1%
	n = 93	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Respecto a los antecedentes obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica, en cuanto a la paridad el mayor porcentaje de pacientes fueron nulíparas 40%, 39% primíparas, 20% múltiparas y 1% gran múltiparas.

Figura N° 04



Fuente: Tabla n° 04

TABLA N° 05

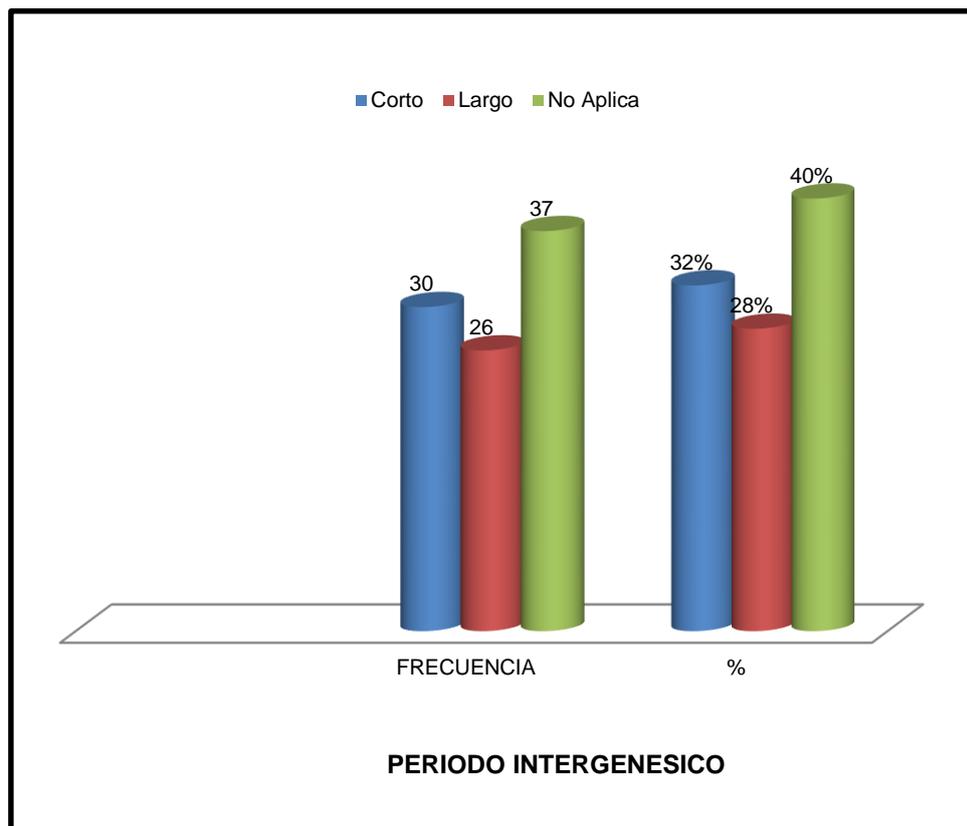
FRECUENCIA DE PERIODO INTERGENESICO

PERIODO INTERGENESICO	FRECUENCIA	%
Corto	30	32%
Largo	26	28%
No Aplica	37	40%
	n = 93	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Respecto a los antecedentes obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica, en cuanto al periodo intergenésico el mayor porcentaje de pacientes 40% no aplica este tipo de antecedente, 32% tuvieron periodo intergenésico corto y 28% tuvieron periodo intergenésico largo.

Figura N° 05



Fuente: Tabla n° 05

TABLA N° 06

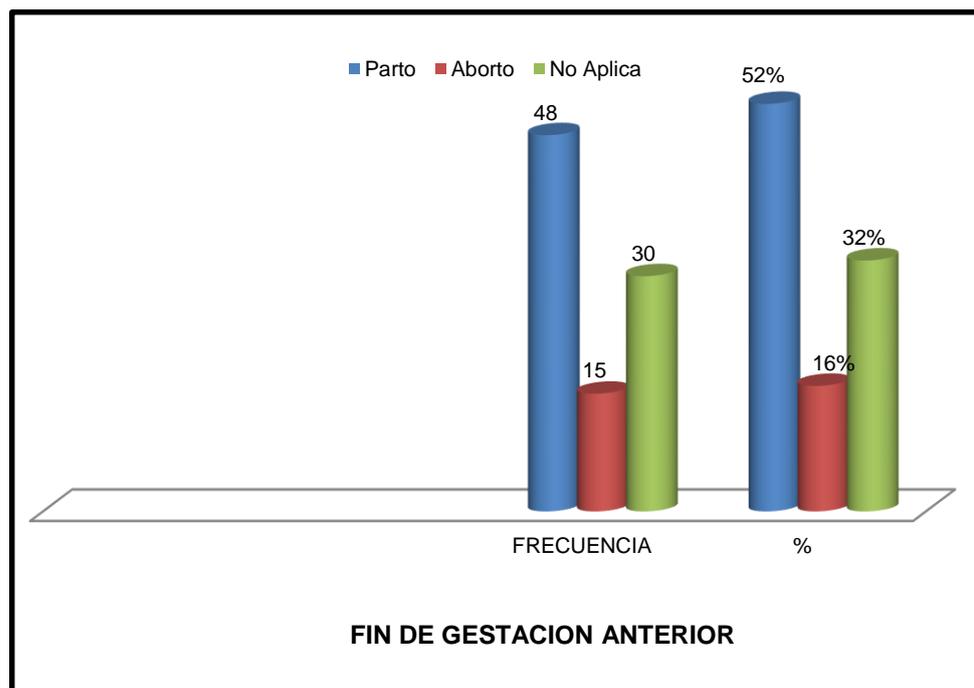
FRECUENCIA DE FIN DE GESTACION ANTERIOR

FIN DE GESTACION ANTERIOR	FRECUENCIA	%
Parto	48	52%
Aborto	15	16%
No Aplica	30	32%
	n= 93	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Respecto a los antecedentes obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica, en cuanto al fin de gestación anterior 52% terminaron en parto, 32% no aplica este antecedente y 16% terminó en aborto.

Figura N° 06



Fuente: Tabla n° 06

TABLA N°07

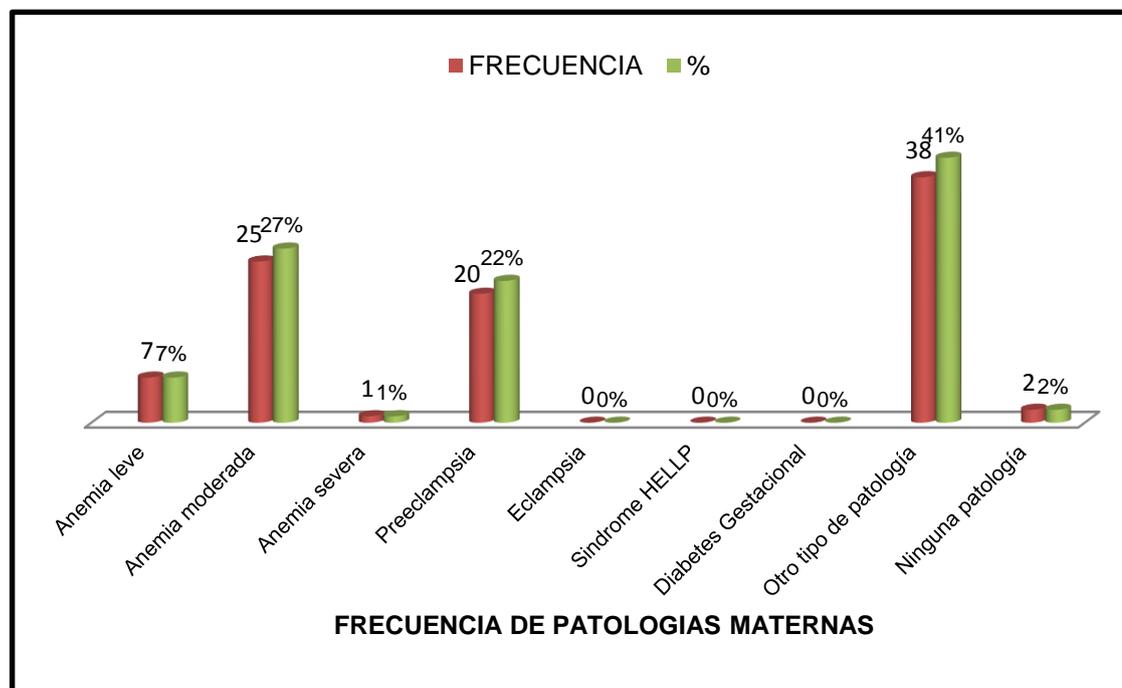
FRECUENCIA DE PATOLOGIAS MATERNAS

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	%
Anemia leve	7	7%
Anemia moderada	25	27%
Anemia severa	1	1%
Pre eclampsia	20	22%
Eclampsia	0	0%
Síndrome HELLP	0	0%
Diabetes Gestacional	0	0%
Otro tipo de patología	38	41%
Ninguna patología	2	2%
	n = 93	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Respecto a la frecuencia de patologías maternas de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica otro tipos de patologías (anomalías de la placenta, cordón umbilical, membranas y líquido amniótico) tuvo mayor porcentaje un 41%, seguido de un 27% de pacientes con anemia moderada, un 22% con pre eclampsia, 7% con anemia leve, 2% ninguna patología, 1% anemia severa y 0% eclampsia, síndrome de HELLP y Diabetes Gestacional.

Figura N° 07



Fuente: Tabla n° 07

TABLA N°08

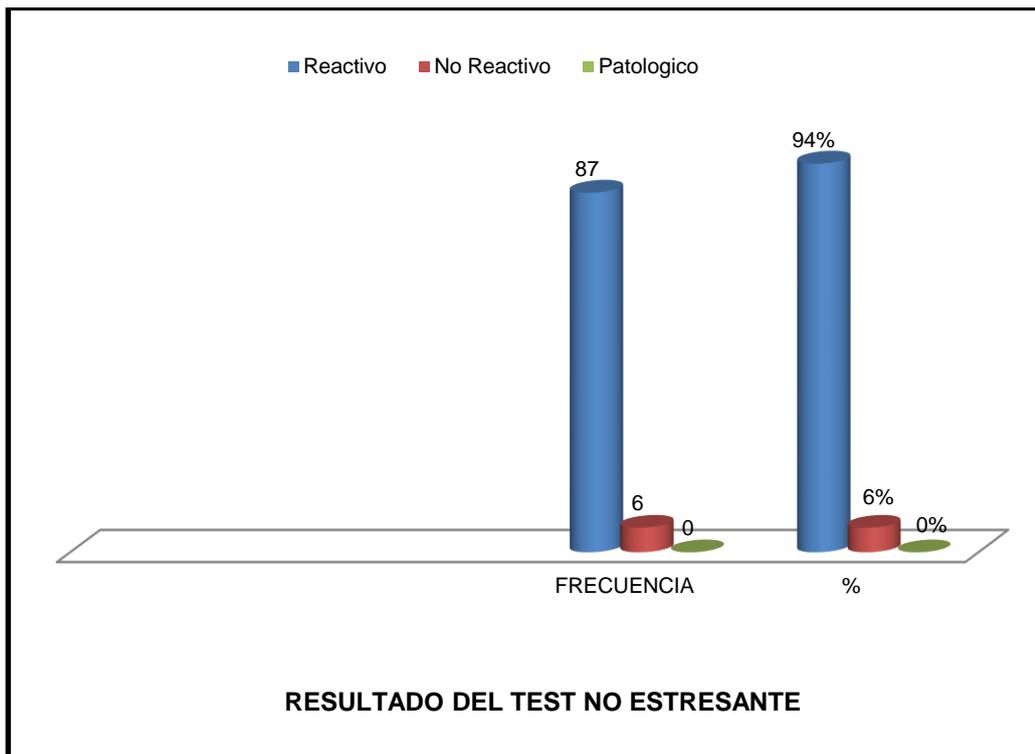
FRECUENCIA EN RESULTADOS DEL TEST NO ESTRESANTE

RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE	FRECUENCIA	%
Reactivo	87	94%
No Reactivo	6	6%
Patológico	0	0%
	n= 93	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Respecto al resultado del Test No estresante de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica el 94% fueron reactivos, 6% no reactivos y 0% patológicos.

Figura N°08



Fuente: Tabla n° 08

TABLA N°09

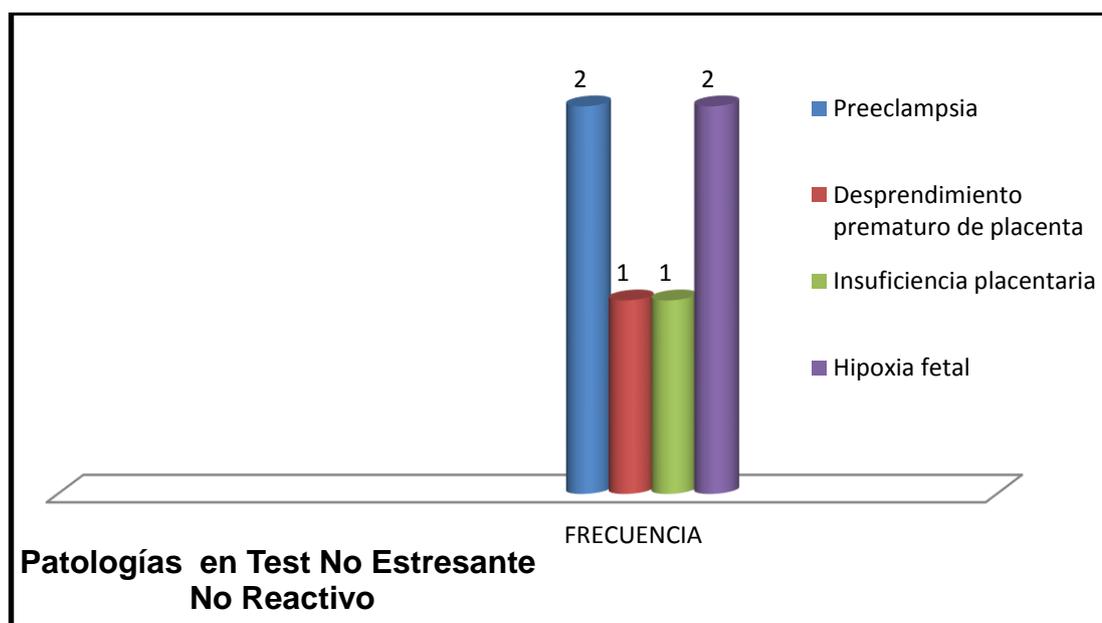
**FRECUENCIA DE PATOLOGIAS EN TEST NO ESTRESANTE DE
RESULTADO NO REACTIVO**

PATOLOGIAS QUE ALTERARON EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE	FRECUENCIA
Pre eclampsia	2
Otros tipos de patologías que alteraron el resultado del Test no estresante	2
Desprendimiento prematuro de placenta	1
Insuficiencia placentaria	1
Hipoxia fetal	2

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación: Respecto a las patologías encontradas que alteraron los test no estresantes en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica se encontró Pre eclampsia con una frecuencia de 2, el Desprendimiento Prematuro de Placenta con una frecuencia de 1, la Insuficiencia Placentaria con una frecuencia de 1 y la Hipoxia Fetal con una frecuencia de 2.

Figura N°09



Fuente: Tabla n° 09

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

En la presente investigación en cuanto al grupo etareo de predominio fue de: 20 a 29 años con un porcentaje de 57% a diferencia del estudio realizado por Galarza López César Luis en Lima el año 2011, en su investigación titulada: Hallazgos Cardiotocográficos en Gestantes con Embarazo Prolongado en el Instituto Nacional Materno Perinatal donde los resultados fueron de 70,6% de gestantes que tuvieron la edad de 20 a 35 años.

La presente investigación demuestra, en cuanto a la procedencia de la población en estudio predominó la zona urbana con un porcentaje del 52% a diferencia del estudio realizado por Muñoz Cajilima Juan Pablo, en Ecuador el año 2011, en su investigación titulada: Validación Diagnostica entre Flujiometria Doppler y Cardiotocografía en la Valoración del Bienestar Fetal en Gestantes de 37 a 41 Semanas; donde la procedencia de su población en estudio fue de residencia urbana con un porcentaje 85,9%.

Así mismo la presente investigación encontró en cuanto a la paridad un mayor porcentaje de pacientes nulíparas representado por un 40% de la población en estudio lo que difiere con la investigación realizada por Díaz Vargas Edgar Martin, en Perú en el año 2010 en su investigación titulada: Test No Estresante en Relación a los Niveles de Glucosa en Gestantes del Tercer Trimestre del Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé Marzo 2010 donde el mayor porcentaje fueron pacientes nulíparas representado por un 56% del total de la población en estudio.

En la presente investigación se encontró 0% de casos de diabetes gestacional que hayan alterado el resultado del test no estresante por lo que coincide con la investigación de Vázquez Santos María del Pilar en España entre Octubre de 1994 y Setiembre de 1998 en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias, en su investigación titulada: Estudio de los Estados de Comportamiento en los Fetos de Madres Diabéticas. Donde concluyó que esta patología no se asocia a modificaciones en los estados de comportamiento fetal.

CONCLUSIONES

- La siguiente investigación demostró mayor frecuencia en cuanto a los datos demográficos estudiados lo siguiente: que en el grupo etareo destaca el rango de edad de 20 a 29 años con una frecuencia de 3; en el estado civil destaca la convivencia con una frecuencia de 3 y la procedencia destaca la zona urbana con una frecuencia de 4 para los casos de test no estresante con resultado alterado.
- Se identificó dentro de los antecedentes obstétricos en pacientes con test no estresante alterado, la nulíparidad tuvo una frecuencia de 4; el tipo de periodo intergenésico y el fin de gestación anterior no tuvo relevancia.
- Así mismo se identificó que dentro de las patologías propias de la gestación pre eclampsia; en otro tipo de patologías como: desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria e hipoxia fetal para las pacientes con test no estresante alterado.

Llegando así a la conclusión que no se determinó los factores maternos que alteraron el resultado del test no estresante; ya que se obtuvo un número mínimo de casos [6(6%)]; con test no estresante no reactivo habiendo mayor frecuencia en test no estresante reactivos en la unidad de vigilancia fetal del Hospital Regional de Ica.

SUGERENCIAS

- El obstetra encargado de la estrategia de salud sexual y reproductiva debe implementar y sostener procesos de mejora continua de la calidad de atención materna neonatal enfocándose al grupo etareo de gestantes de 20 a 29 años y procedentes de la zona urbana.
- A fin de tener mayor impacto, las profesionales Obstetras involucradas en la consejería que brindan en el área de triaje de consultorio de ginecología deben diseñar intervenciones locales y regionales que influyan en los cuidados prenatales y la atención del parto institucional a las gestantes nulíparas, ya que por su inexperiencia enfrentan por dudas y temores.
- El Médico Gineco-obstetra que realiza la atención prenatal debe llegar a un diagnóstico oportuno de las patologías maternas que alteran el bienestar fetal para tomar las medidas correctivas inmediatas, evitando que estas patologías condicionen la morbi – mortalidad neonatal.
- Los profesionales Obstetras involucrados en la realización del test no estresante, deben ser capacitados para realizarla, para evitar así la no identificación de test no estresantes no reactivos que alteran el bienestar fetal, ya que al no ser especialista no realizan una adecuada interpretación de la prueba.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: OMS; 1970. [Consultado 2016 Feb 2]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38307/1/WHO_TRS_457_spa.pdf
- 2 Valdés E. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Rol de La Monitorización Electrónica Fetal Intraparto [Internet]. Chile: Cielo; 2015. [Consultado 2016 Feb 5]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75262003000500010&script=sci_arttext
- 3 Pérez E, Donoso E. Obstetricia: Mediterráneo. 3 ed. Chile. 1999; p.518.
- 4 Gallo M, Martínez M y Santiago C. Control del bienestar fetal anteparto, métodos biofísicos y bioquímicos. Uruguay. 2015; pp. 363 – 375.
- 5 Banco Mundial [Internet]. USA: OPS; 2013. [Consultado 2016 Feb 8]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT>.
- 6 Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. 2012.
- 7 Vázquez M. Estudio de los estados de comportamiento en los fetos de madres diabéticas. España. 1999; pp. 25 – 29.
- 8 Blanco L. Lectura de Monitoreo Fetal Electrónico. Colombia. 2010; pp. 5-11.
- 9 Muñoz J. Validación Diagnóstica entre Flujiometría Doppler y Cardiotocografía en la Valoración del Bienestar Fetal en Gestantes de 37 a 41 Semanas. Hospital José Carrasco Arteaga 2011. Ecuador. 2011; pp. 4-8.
- 10 Díaz E. Test no estresante en relación a los niveles de glucosa en gestantes del tercer trimestre del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé: marzo 2010. Perú, Lima. 2010; pp. 2-8.
- 11 Ferrer M, Vargas M, Rodríguez E. Administración de glucosa vía oral vs. Vía parenteral en el test no estresante en gestantes del tercer trimestre, Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Essalud. Abril – Junio del 2010. Perú, Lima. 2010; pp. 3-9.
- 12 Galarza C. Hallazgos cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado en el instituto nacional materno perinatal. Perú, Lima. 2011; pp. 5-9.
- 13 Diccionario Manual de la lengua Española [Internet]. España: Larousse; 2007. [Consultado 2016 Ene 12]. Disponible en: www.thefreedictionary.com.
- 14 Roues S. Definiciones de conceptos operacionales [Internet]. Perú: Inter americana; 2014. [Consultado 2016 Ene 15]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Factores-Que-Intervienen-En-La-Salud/5011451.html>.
- 15 Livi M, Historia A. Introducción a la demografía. [Internet]. Argentina: El ateneo; 2003. [Consultado 2016 Ene 13]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa>

-
- 16 Livi M, Historia A. Introducción a la demografía. [Internet]. Argentina: El ateneo; 2007. [Consultado 2016 Ene 14]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa>
 - 17 Diccionario Manual de la lengua Española [Internet]. España: Larousse; 2007. [Consultado 2016 Ene 14]. Disponible en: www.thefreedictionary.com.
 - 18 Sánchez A. Salud Reproductiva. México. 2015; pp. 1-8.
 - 19 Gutara F. Conceptos básicos de obstetricia. Perú, Tumbes. 2015; pp. 1-27.
 - 20 Freeman K, Anderson G, Dorchester W. Estudio prospectivo multiinstitucional de la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal anteparto: Riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal según los resultados de la prueba de la frecuencia cardíaca fetal anteparto. Rev. Americana de Obstetricia y Ginecología. USA. 2009; pp.771-777.
 - 21 Conde J, Fernández M, Guevel C y et al. Intervalo interembarazo o intergenésico. Argentina. 2001; pp. 20 – 23.
 - 22 Flores M y Pérez A. Anemia en el embarazo. Venezuela. 2015; pp.1-35.
 23. Nuevo A. Anemia en el embarazo. España. 2015; pp. 5.
 - 24 Cueva's N. Concentraciones de hemoglobina en la anemia del embarazo. Venezuela. 2016; pp. 1- 18.
 - 25 Romero M, Cuenta E, López G, y et al. Anemia y control del peso en embarazadas. Rev. Posgrado Vía Cátedra Med. 2009;143:6-8
 - 26 Davey D, MacGillivray I. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1988; 158(4):892-8. Epub 1988/04/01.
 - 27 Devoe L. Prueba de estrés sin estrés y contracción. Rev. Am J Obstet Gynecol Clin Norte 2009; pp. 535-556.
 - 28 Centro Colaborador Nacional para la Salud de la Mujer y del Niño. Hipertensión en el embarazo: el tratamiento de los trastornos hipertensivos durante el embarazo. Inglaterra, Londres. 2010.
 - 29 Brown A, Lindheimer D, Swiet M, y et al. Diagnóstico de los trastornos hipertensivos del embarazo: declaración de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo. 2001; 20 (1): IXXIV. Epub 2002/06/05.
 - 30 Arias F. Guía practica para el embarazo y el parto de alto riesgo: Harcourt Brace. 2 ed. España, Madrid. 2015; pp. 2 -56.
 - 31 Lebovitz H. Terapia para diabetes mellitus y trastornos relacionados: ADA. 4 ed. 2004; pp. 15 -46.
 - 32 Metzger B, Buchanan T, Coustan D y et al. Recomendaciones de la diabetes mellitus. España. 2007; pp. 45.
 - 33 <http://es.slideshare.net/basmedblog/7-vigilancia-fetal>

-
- 34 Gómez P, Parra P. Vigilancia fetal. En: Temas de interés en ginecología y obstetricia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1996: 209-224.
 - 35 Cuadros R. Vigilancia fetal. Perú, Arequipa. 2015; pp. 2- 60.
 - 36 Freeman R, Anderson G, Dorchester W. Estudio multiinstitucional prospectivo de la monitorización del ritmo cardíaco fetal anteparto y riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal según los resultados de la prueba de la frecuencia cardíaca fetal anteparto. Rev. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1982; 143: 771 - 777.
 - 37 Boehm F, Salyer S, Shah D, y at al. Mejora del resultado de las pruebas de no estrés dos veces por semana. Rev. Obstetrics & Gynecology 1986; 67 (4): 566 - 568.
 - 38 Dawes G, Lobb M, Moulden M, y et al. Calidad cardiotocográfica prenatal e interpretación mediante computadoras. Rev. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1992; 99: 971 - 977.
 - 39 Zupan J. Mortalidad perinatal en los países en desarrollo. Rev. New England Journal of Medicine 2005, 352: 2047 - 2048.
 - 40 Aladjem S, Ferial A, Rest J, et al. Respuestas de la frecuencia cardíaca fetal a los movimientos fetales. Rev. Br J Obstet Gynaecol 1977; 84: 487-91.
 41. Sánchez S. Test no estresante. Perú, Lima. 2015; pp.1-35.
 42. Pineda M y Rodriguez E. Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical en recién nacidos de madres atendidas en el instituto materno perinatal. Perú, Lima. 2002; pp. 1-63.
 - 43 Gallo M. Test basal. En: Manual de Asistencia al Embarazo Norma: Zaragoza. 2ª ed. España. 2001; pp. 2-52.
 - 44 Reche A, Gallo M. Posición materna y embarazo. Rev. Prog Obstet Ginec 1990; 33:357-67.
 - 45 Gálvez E. Estudio del bienestar fetal por el método de la reactividad fetal. España. 1983; pp. 2-45.
 - 46 Caldeyro. Monitorización fetal. Monografía CLAP. Montevideo.1976; pp. 45-53.
 - 47 Hammacher H.Importancia clínica de la cardiotocografía. Alemania. 1969; pp.18.
 - 48 Aladjem S, Ferial A, Rest J, et al. Respuestas de la frecuencia cardíaca fetal a los movimientos fetales. Br J Obstet Gynaecol 1977; 84: 487-91
 - 49 Postura S, Castillo B, Rojas O, Caldeyro-Barcia R. Prueba de tolerancia fetal de contracciones uterinas inducidas para el diagnóstico de angustia crónica. En: Factores Perinatales que Afectan al Desarrollo Humano. Rev. P.A.H.O. Publicación Científica nº 185, 1969.
 - 50 Ación P, Lloret M. Los movimientos fetales en el diagnóstico del estado intrauterino. Rev. Esp Obstet Ginec 1982; 41:12.
 - 51 Pattison N, McCowan L. Cardiotocografía para la evaluación fetal anteparto. Usa. 2002; pp. 2-45.

-
- 52 Dorland diccionario médico: mcgraw-hill. España. 2002; pp. 314.
- 53 Macones G, Hankins G, Spong C, y et al. Monitoreo fetal electrónico: actualización de las definiciones, la interpretación y las directrices de investigación. Rev. Obstet Gynecol 2008; 112: 661 - 6.
- 54 Supo J. Seminarios de investigación científica. Perú, Arequipa. 2014; pp.1.
- 55 Supo J. *Ibíd.*, pp.4.
- 56 Pardo de Vélez y Cedeño M. Investigación en Salud: Mc Graw Gill. Colombia. pp.104.
- 57 Rodríguez M. A cerca de la investigación bibliográfica y documental. Chile. 2013; pp. 2 -10.
- 58 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.

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: FACTORES MATERNOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES. HOSPITAL REGIONAL DE ICA AÑO. 2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DISEÑO
<p>General:</p> <p>¿Cuáles son los factores maternos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?</p> <p>Específicos:</p> <p>1. ¿Cuáles son los datos demográficos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?</p> <p>2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?</p> <p>3. ¿Cuáles son los factores patológicos propios de la gestación que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar los factores maternos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015.</p> <p>Específicos:</p> <p>1. Caracterizar los datos demográficos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital Regional de Ica. Año 2015.</p> <p>2. Identificar los antecedentes obstétricos que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital regional de Ica. Año 2015.</p> <p>3. Identificar los factores patológicos propios de la gestación que alteran el resultado del test no estresante en gestantes. Hospital regional de Ica. Año 2015.</p>	<p>VARIABLE DE INTERÉS:</p> <p>Factores maternos que alteran el resultado del test no estresante</p>	<p>Tipo observacional, retrospectivo, transversal</p> <p>Diseño de Investigación:</p> <p>Descriptivo Epidemiológico de una sola variable. Nivel descriptivo</p>



ANEXO N°2
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN- HUÁNUCO
ESCUELA DE POST – GRADO
FACULTAD DE OBSTETRICIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO ELECTRONICO
FETAL Y DIAGNOSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA



INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TÍTULO: FACTORES MATERNOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES. HOSPITAL REGIONAL DE ICA. AÑO 2015.

OBJETIVO: DETERMINAR LOS FACTORES MATERNOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES.

I. CARACTERIZAR LOS DATOS DEMOGRAFICOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES.

Edad:

1. 10 a 19 años ()
2. 20 a 29 años ()
3. 30 a 39 años ()
4. 40 años a más ()

Estado civil:

1. Soltera ()
2. Casada ()
3. Conviviente ()
4. Otro ()

Procedencia:

1. Zona rural ()
2. Zona urbana ()

II. IDENTIFICAR LOS FACTORES DE ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES.

1. Paridad:

- Nulípara ()
- Primípara ()
- Múltipara ()
- Gran múltipara ()

2. Periodo intergésico:

Corto ()

Largo ()

No Aplica ()

3. Fin de gestación anterior:

Parto ()

Aborto ()

No Aplica ()

III. IDENTIFICAR LOS FACTORES PATOLÓGICOS PROPIOS DE LA GESTACIÓN QUE ALTERAN EL RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES.

Anemia: leve ()

moderada ()

severa ()

Enfermedad hipertensiva del embarazo:

Preeclampsia ()

eclampsia ()

síndrome de

HELLP ()

Diabetes mellitus: si ()

no ()

Otro tipo de patología: ()

Ninguna: ()

IV. RESULTADO DEL TEST NO ESTRESANTE:

() Reactivo

() No reactivo

() Patológico

ANEXO N° 3



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

No. HC

= significa ALERTA
 = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____ **Establecimiento:** _____

Establ. Origen: _____ No Aplica

DNI (L.E.) N°

Dirección: _____ Ocupación: _____ Edad: < 15 > 35

Localidad: _____ Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Años aprobados

Departamento: _____ Provincia: _____ Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN: _____

Distrito: _____ Teléfono: _____

Antecedentes Obstétricos

<input type="checkbox"/> Gestas	<input type="checkbox"/> Abortos	<input type="checkbox"/> Vaginales	<input type="checkbox"/> Nacidos vivos	<input type="checkbox"/> Viven
<input type="checkbox"/> 0 ó +3	<input type="checkbox"/> < 2500 g	<input type="checkbox"/> Gemelar	<input type="checkbox"/> < 37 sem.	<input type="checkbox"/> Muerto - 1ra semana
<input type="checkbox"/> Partos	<input type="checkbox"/> Cesáreas	<input type="checkbox"/> Nacidos muertos	<input type="checkbox"/> Después - 1ra semana	

Fin Gestación Anterior

Terminación: Parto Aborto Ectópico Molar Otro No Aplica

Si fue aborto: Tipo de Aborto

Incompleto Completo Frusto Séptico Otro

RN de mayor peso: g

Captada: Si No Remitida x Ag. Comuni.: Si No

Antecedentes Familiares

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Neoplasia
<input type="checkbox"/> Anomalías Congénit.	<input type="checkbox"/> TBC Pulmonar
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Enferm. Congénitas	
<input type="checkbox"/> Gemelares	

Antecedentes Personales

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otras Drogas
<input type="checkbox"/> Aborto habitual	<input type="checkbox"/> Enferm. Congénitas	<input type="checkbox"/> Parto prolong.
<input type="checkbox"/> Aborto recurrente	<input type="checkbox"/> Enferm. Infecciosas	<input type="checkbox"/> Pre/Eclampsia
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Prematuridad
<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/> Hemorra. Postparto	<input type="checkbox"/> Reten. Placenta
<input type="checkbox"/> Asma Bronquial	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Tabaco
<input type="checkbox"/> Bajo Peso al nacer	<input type="checkbox"/> Hoja de Coca	<input type="checkbox"/> TBC Pulmonar
<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Infertilidad	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Cirugía Pélv.-Uterina	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Otros _____

Peso y Talla

Peso Habitual: kg

Talla: cm

Antitética

N° Dosis Previa

1ra 2da mes de gestación

Sin dosis No aplica

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh (-) Sen Desc Rh (-) No Desc Rh (-) Sen

Fuma

N° Cigarros por día

F.U.M.

¿Conocida?: Si No Duda Si No

Fecha Última Menstruación: ____/____/____

EG. (Ecografía) sem Fecha: ____/____/____

No Aplica

Longitud Céfalocaudal: mm.

Diámetro Biparietal: mm.

Fecha Probable de Parto: ____/____/____

Hospitalización

Hospitalización: Si No

Fecha: ____/____/____

Diagnóstico: _____

No Aplica

Hospitalización

Emergencia 1

Diagnóstico: _____

No Aplica

Emergencia 2

Diagnóstico: _____

No Aplica

Fecha: ____/____/____

Serología Luética

VDR/RPR

1 Negativo Positivo No se hizo Fecha: ____/____/____

2 Negativo Positivo No se hizo Fecha: ____/____/____

Hemoglobina

Hb (g%)

1 No se hizo Fecha: ____/____/____

2 No se hizo Fecha: ____/____/____

Psicoprofilaxis

Nro. sesiones

Exámenes

Clínico: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	Pelvis: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	BK en esputo: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No Aplica
Odont.: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico	HIV: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Orina: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Cérvix: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	PAP: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Glucosa: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Mamas: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Colpos.: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No Aplica	TORCH: <input type="checkbox"/> Sin Examen <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No Aplica

FILIACION Y ANTECEDENTES

DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL

CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de CPN (a/m/d)									
Edad Gest. (Semanas)									
Peso madre (Kg)									
Temperatura (° C)									
Tensión arter. (Mm. Hg) Sistólica / Diastólica	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Altura uterina (cm)									
Presentación (C/P/T/NA)									
F.C.F. (por min. NA)									
Mov. fetal (+/+/+/+/SM/NA)									
Edema (+/+/+/+/SE)									
Pulso materno (por min.)									
Consejería PF (Si/No/NA)									
Perfil Biofísico (4, 6, 8, 10 de 10/NSH/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visit. domicil. (Si/No/NA)									
Establec. de la atención									
Responsable del Control									

C = Cefálica NA = No Aplica NSH=No se hizo P = Pélvica SE = Sin Edema SM = Sin Movimiento T = Transversa

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

Patologías Maternas (CIE 10)

Sin patologías

Fecha:

Otros (CIE 10):

- _____
- _____
- _____

____/____/____
 ____/____/____
 ____/____/____

1:
 2:

Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS
ABORTO COMPLETO	O0295	EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA	O12	MUERTE OBST x CAUSA NO ESPECIF	O95
ABORTO INCOMPLETO	O0290	EMBARAZO DOBLE	O300	OLIGOHIDRAMNIOS	O410
ABORTO NO ESPECIFICADO(INCL.A INDUC.)	O06	EMBARAZO ECTOPICO	O00	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O999
ABORTO RETENIDO	O021	EMBARAZO PROLONGADO	O48	OTRAS COMP x TDP/PARTO	O75
ABORTO SEPTICO	O080	EMBARAZO TRIPLE	O301	OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER	O99
ABORTO TERAPÉUTICO	O04	EMBOLIA OBSTETRICA	O88	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O66
AMENAZA DE ABORTO	O200	ENF. MATER INFEC- PARAS EMB-PART-PUER	O98	OTROS TRANS LIQ.AMNIOTICO Y MEMB	O41
ANEMIA EN EMB-PART-PUER	O990	FALSO TRABAJO DE PARTO	O47	PARTO PREMATURO (INCL AMENAZA)	O60
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	FRACASO DE LA INDUCCIÓN DEL TDP	O61	PLACENTA PREVIA	O44
ANORM.DINAM.DEL TDP	O62	GONORREA EMB-PART-PUER	O982	POLIHIDRAMNIOS	O40
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DEL EMB	R827	HEMATOMA OBST. PELVIS	O717	PREECLAMPSIA LEVE	O13
CANCER CUELLO UTERINO	C53	HEMORR ANTEPARTO NO CLASIF	O46	PREECLAMPSIA MODERADA	O140
CANCER DE MAMA	C50	HEMORR POR ATONIA UTERINA	O721	PREECLAMPSIA SEVERA	O141
CARDIOPATIA	Z867	HEMORR POSTPARTO/RETENC PLACENTA	O720	PREECLAMPSIA NO ESPECIFICADA	O149
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O282	HEMORR x ABORTO, ECTOPICO O MOLAR	O081	RADIOLOGIA ANORM EN CPN	O284
COMP ANESTES. EN PUERPERIO	O89	HEPATITIS VIRAL	O984	RCIU	P05
COMP ANESTES. EN TDP/PARTO	O74	HERPES GESTACIONAL	O264	RETEN PLACENTA/MEMB, S/HEMORRAG	O73
COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB	O29	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O210	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	O42
COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB. MULTIP	O31	HIPEREMESIS GRAVIDICA-TRANST.METABOL	O211	RUPTURA UTERO EN TDP	O711
COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO	O22	HTA PREEEXISTENTE EMB-PART-PUER	O10	SEPSIS PUERPERAL	O85
COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO	O87	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343	SIDA	B20
DEFUNCIÓN MATERNA TARDÍA	O96	INFEC DEL TRACTO GENITAL	O235	SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER	O981
DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA	O901	INFEC. BOLSA AMNIOT O MEMBRANAS	O411	TBC EMB-PART-PUER	O980
DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA	O900	INFEC. DEL TRACTO URINARIO	O23	TDP OBSTRU x MAL POSIC FETAL	O64
DEPENDENCIA DE DROGAS	F10	INFEC MAMA ASOCIAD C/PARTO	O91	TDP OBSTRU x PELVIS ANORMAL	O65
DESGARRO OBST.DEL CUELLO UTERINO	O713	INFECCIONES PUERPERALES	O86	TDP PROLONGADO	O63
DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	O70	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07	TDP/PARTO COMPLIC x CORD UMBIL	O69
DESNUTRICIÓN EN EL EMBARAZO	O25	INVERSION DEL UTERO	O712	TDP/PARTO COMPLIC x SUFRIM FET	O68
DESPREN PREMAT DE LA PLACENTA	O45	ISOINMUNIZACION RHESUS	O360	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL	R730
DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	O24	MALARIA	B50	TRANSORNOS PLACENTARIOS	O43
DISTOCIA DE HOMBROS	O660	MOLA HIDATIFORME	O01	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O341
ECLAMPSIA	O15	MUERTE INTRAUTERINA	O364	ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O283

ANEXO N° 4



HOSPITAL REGIONAL DE ICA UNIDAD DE VIGILANCIA FETAL MONITORIZACION FETAL ELECTRONICA



Nombre: Fecha:

DNI: H.CLINICA: Edad: G: P:

Motivo de Examen: FUR: FPP: EG:

TEST NO ESTRESANTE (NST)

PUNTAJE	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	<100>180	100-119 161-180	120-160
VARIABILIDAD	<5	5-10	>10-25
CINETICA FETAL	AUSENTE	1-2	3 a +
REACTIVIDAD CARDIACA	AUSENTE	ATIPICA PERIODICA	PRESENTE
DESACELERACIONES	SI(REPETIDA, DESFAVORABLE)	ATIPICA	SIN CAMBIOS

RESULTADO: PUNTAJE

REACTIVO

NO REACTIVO

TEST ESTRESANTE (TST) PREPARTO-INTRAPARTO

PUNTAJE	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	<100>180	100-119 161-180	120-160
VARIABILIDAD	<5	5-10	>10-25
CINETICA FETAL	AUSENTE	1-2	3 a +
REACTIVIDAD CARDIACA	AUSENTE	ATIPICA PERIODICA	PRESENTE
DESACELERACIONES	+50%	-50%	SIN CAMBIOS

RESULTADO: PUNTAJE

NEGATIVO

POSITIVO:

NO SATISFACTORIO:

CONCLUSION:

.....

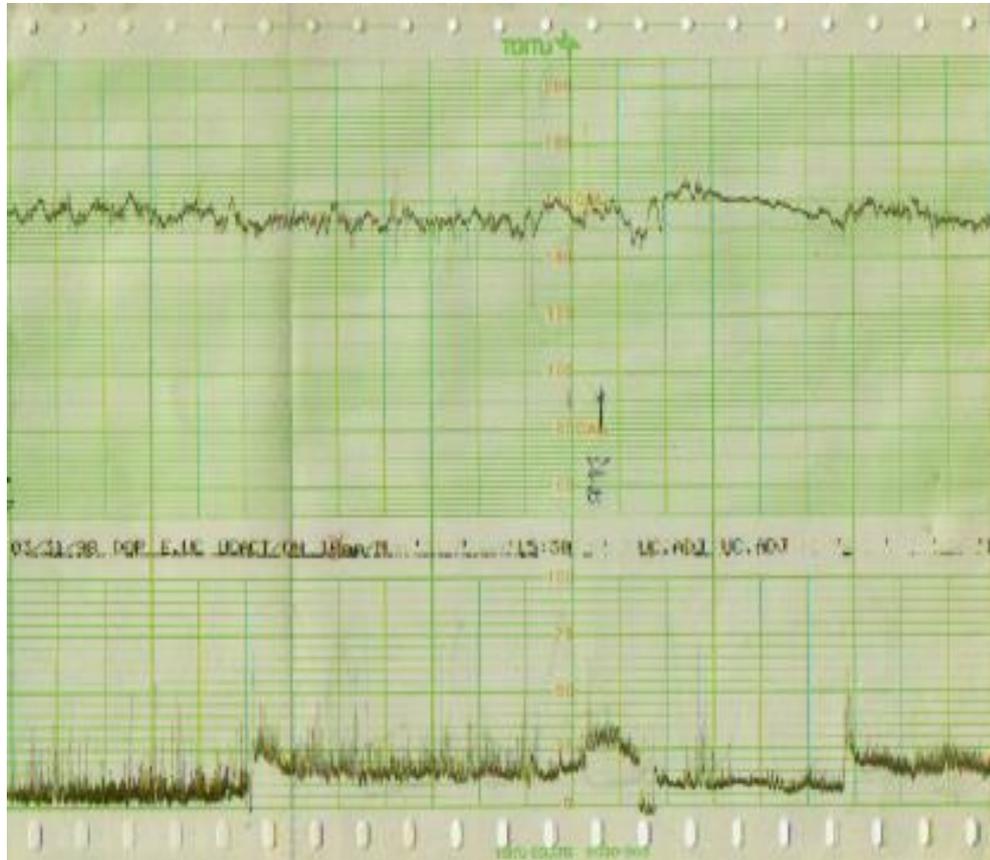
_____ RESPONSABLE

ANEXO N° 5
NST REACTIVO



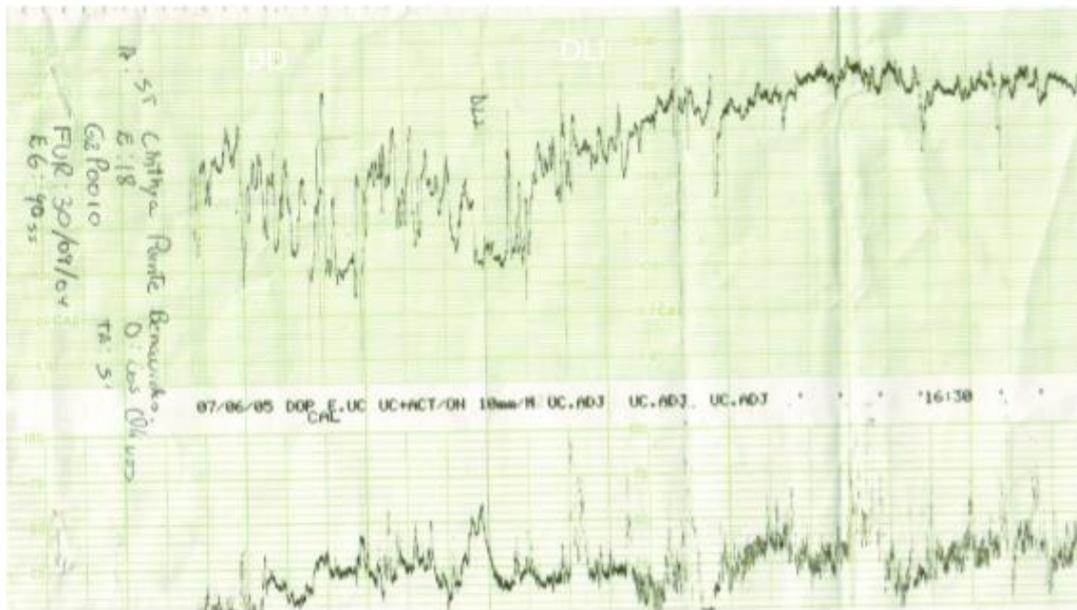
ANEXO N° 6

NST: NO REACTIVO



ANEXO N° 7

DESACELERACIONES PROLONGADAS: EFECTO POSEIRO



Obst. Alicia Navarro Soto

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres : RIVERA HERNANDEZ KAREM MIREYA
DNI : 44023890
Fecha de nacimiento : 11-01-1987

ESTUDIOS:

Estudios primarios : I.E.P. "San Vicente de Paul"
Ica de 1993-1998.

Estudios secundarios : I.E.P. "San José"
Ica de 1999-2003.

Estudio superior : Universidad Privada Alas Peruanas
Especialidad: **Obstetricia.**
Filial Ica 2004-2011.

Segunda especialidad : Universidad Nacional Hermilio Valdizán
"UNHEVAL" Escuela de postgrado.

2da Especialidad: Monitoreo Fetal y Diagnóstico por Imágenes en Obstetricia.

GRADOS Y TITULOS:

- Grado de Bachiller en Obstetricia. Universidad Privada Alas Peruanas en el 2011.
- Título a nombre de la Nación de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA** otorgado por la Universidad Privada "Alas Peruanas" en 2012

OTROS ESTUDIOS:

- Diplomado otorgado por la Universidad Nacional “SAN LUIS GONZAGA DE ICA por haber participado y aprobado el “**I DIPLOMADO EN SALUD PÚBLICA**” realizado del 15 de Marzo al 15 de Octubre del 2011.
Horas académicas: 620 horas. Créditos Curriculares: 31 créditos.
- Diploma otorgado por la Universidad Nacional “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA. Por haber aprobado satisfactoriamente el I DIPLOMADO en: “**GESTIÓN ADMINISTRATIVA**”. Realizado del 02 de Octubre del 2011 al 12 de Mayo del 2012, equivalente a 600 horas pedagógicas.
- Diploma en **PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA**; otorgado por la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica, por haber concluido satisfactoriamente con el programa científico – académico del diplomado en **PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA**, realizado en la ciudad de Ica desde Noviembre del 2013 hasta Febrero del 2014 equivalente a 600 horas académicas, con un valor curricular de 25 créditos.
- Diploma de egresado otorgado por la Universidad Nacional “HERMILIO VALDIZÁN” DE HUÁNUCO Escuela de Postgrado.
En mérito de haber cumplido y aprobado con los requisitos de evaluación de las asignaturas correspondientes a la: “**2da ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**”. Realizado en Mayo del 2014 a Octubre del 2015. Con una duración de 1751 horas pedagógicas, equivalente a 64 créditos.

CENTRO DE LABORES ACTUALES – CARGO:

Hospital Regional de Ica. Cargo: Admisionista.

Ica, 2016.