



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Asociación entre las pruebas de bienestar fetal de NST y CST tomadas en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el APGAR de los recién nacidos al 1er y 5to minuto en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte en el periodo de Enero a Diciembre 2019

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Segovia Villafuerte, Jhon Wilmer
(ORCID: 0000-0002-3361-5904)

ASESOR:

Loayza Breña, Juan Carlos
(ORCID: 0000-0002-8020-2379)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Segovia Villafuerte, Jhon Wilmer

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 45263808

Datos de asesor

Loayza Breña, Juan Carlos

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 09610583

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Paredes Ayala, Benjamin

DNI: 06254175

Orcid: 0000-0003-3048-8468

SECRETARIO: Ramírez Castro, Fernando Luis

DNI: 07844105

Orcid: 0000-0003-1491-9977

VOCAL: Arce Fontela, Esperanza Julia

DNI: 09511509

Orcid: 0000-0002-9052-8911

Datos de la investigación

Campo de conocimiento OCDE: 3.02.02

Código del programa: 912399

INDICE

CAPITULO I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	5
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	5
1.4 JUSTIFICACION	6
1.5 DELIMITACION	6
1.6 VIABILIDAD.....	6
CAPITULO II.- MARCO TEORICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	7
2.2 BASES TEÓRICAS.....	11
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	¡Error! Marcador no definido.
2.4 HIPÓTESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO III METODOLOGÍA.....	¡Error! Marcador no definido.
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1 Población:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.3 Unidad de muestreo:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.3 VARIABLE DE ESTUDIO	¡Error! Marcador no definido.
3. 3. 1 Independiente	¡Error! Marcador no definido.
3. 3. 2 Dependiente	¡Error! Marcador no definido.
3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. INSTRUMENTOS.....	¡Error! Marcador no definido.
3.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESO DE LA INFORMACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3.6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA	¡Error! Marcador no definido.
4.1 RECURSOS	¡Error! Marcador no definido.
4. 1. 1 Recursos Humanos	¡Error! Marcador no definido.
4. 1. 2 Recursos Materiales	¡Error! Marcador no definido.
4.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.

CAPITULO I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Las pruebas de bienestar fetal se han visto necesarias en la evaluación anterior a la labor de parto así como durante el mismo, este permite vigilar y detectar a tiempo a los productos que pueden estar padeciendo de hipoxia, consecuencia de esto realizar alguna otra prueba o decidir culminar la gestación por medio de una cesárea. Lo que busca prevenir muertes perinatales y neonatales además de cirugías innecesarias que aumenten el estándar de evaluación.

Dentro de las pruebas de bienestar fetal que tenemos son el test no stress(NST), Test stress(CST), el perfil biofisico fetal, ecografías Doppler, en este estudio solo consideraremos NST Y CST para mayor amplitud y reconocimiento

La prueba más comúnmente realizada es la prueba de test no stress(NST), ya que es una prueba simple de realizar y determinar el resultado, pero tiene un alto estándar de errores de interpretación. Por lo tanto ante una prueba de NST no reactivo debe de seguir otra prueba de bienestar fetal ya sea un test stress(CST) , una ecografía Doppler o un perfil biofísico fetal, y la repetición de la prueba tiende a determinarse por criterio medico

A las diferentes IPRESS (Instituciones prestadoras de servicios de salud) acuden los usuarios para el manejo de un parto normal vaginal sin embargo los diferentes acontecimientos durante la labor de parto conllevan a determinar una cesarea como emergencia, asi mismo las alteraciones en las pruebas NST Y CST, las cuales son el objetivo principal del presente estudio y comprender el estándar sin las pruebas NST Y CST se ve asociado con los resultados de APGAR. Para concretar el estudio es necesario determinar estudios que permita establecer un análisis preparto y resultados del neonato, con objetivos de evidenciar resultados que ayudarían a concretar guias y manuales de practica clínica en las IPRESS y asi corroborar y advertir debilidades, siguiendo con la visión de una variación de todas las IPRESS del territorio nacional, encontrando una utilidad para los proveedores y los usuarios

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas NST y CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 1er y 5to minuto, en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte entre Enero y Diciembre 2019?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas NST y CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 1er y 5to minuto, en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte entre Enero y Diciembre 2019

1.3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas NST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 1er minuto
- Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas NST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 5to minuto
- Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 1er minuto
- Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 5to minuto

1.4 JUSTIFICACION

Las pruebas de salud fetal como NST están disponibles para todas las pacientes a partir de la semana 32 de embarazo o en casos muy específicos a partir de la semana 28. Se tomaron en cuenta en este estudio a partir de las 37 semanas desde el final del embarazo. El examen o prueba CST se realiza de acuerdo a criterio médico, que permite determinar el bienestar fetal o la posible culminación de la gestación.

El presente estudio se realiza para determinar en qué medida ayuda Los monitoreos fetales en la validez que no habrá complicaciones durante la labor de parto y de que el resultado de APGAR será óptimo para los neonatos.

Por otro lado, dado que la decisión de realizar una cesárea a una paciente se toma caso por caso, se puede determinar tanto antes como durante la labor, por razones maternas o fetales.

Dentro de las causas fetales, una de las causas es la alteración en la labor de parto dentro de ellas las identificables por pruebas de bienestar fetal, cuando se cataloga un NST con resultado <7 , categoría II o III se establece la pérdida de bienestar fetal al igual que evidenciar un CST positivo.

Se intenta probar que a pesar de pruebas de bienestar fetal NST < 7 o CST positivo los recién nacidos presentan APGAR adecuado

1.5 DELIMITACION

Pacientes gestantes con pruebas de NST y/o CST en las gestantes comprendidos entre las semanas 37 hasta las semanas 42 en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte entre Enero y Diciembre 2019

1.6 VIABILIDAD

La investigación está autorizada por el jefe encargado del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital de baja complejidad Vitarte y presenta el apoyo de los profesionales ginecólogos y los recursos necesarios para ejecutarla. Con los permisos competentes de los archivos de depósito de los documentos clínicos serán evaluados, de acuerdo al cronograma establecido

CAPITULO II.- MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Shiva Raouf, Un estudio de casos y controles se realizó en 450 mujeres embarazadas sanas con edades gestacionales entre 38-42 semanas en el hospital universitario AL-Zahra en Tabriz, Irán. Todos los participantes se sometieron a NST después de ser admitidos en la labor de parto durante la fase latente del parto. Los participantes se dividieron en dos grupos, incluido el grupo de estudio. que incluyó a 150 participantes con resultados NST no reactivos mientras que 300 sujetos con resultados NST reactivos asignado en el grupo de control. Los sujetos de ambos grupos fueron hospitalizados para interrumpir el embarazo debido a el tiempo de entrega. Con el fin de averiguar la importancia de la realización rutinaria de NST durante el parto, Se evaluó la relación entre los resultados del NST y los resultados maternos y fetales. Varios criterios, incluido el tipo del parto, la defecación de meconio, la parada del descenso, la bradicardia, la puntuación de Apgar y la mortinatalidad. El presente estudio evidencio que la detención del descenso acontecio en el 2.7% de los usuarios objetos del estudio, mientras que ocurrió en el 4,7% de los participantes del grupo control ($p=0,44$). La bradicardia evidenciada en el 28% de los sujetos y 3,3% del grupo base($p<0,001$). El resultado de Apgar bajo evidenciado en los 2,7% de la agrupación de casos; a pesar de eso no se evidencio que el Apgar se encuentre bajo en la agrupación de control

Fatemeh Rahimi Sharbaf, Un estudio prospectivo inscribió 818 embarazos de feto único intraparto con edad más de 34 semanas, en fase latente y con membrana intacta. Los casos se dividieron en alto y bajo riesgo. De 818 pacientes, 492 (60%) se clasificaron como embarazos de bajo riesgo y 326 (40%) como embarazos de

alto riesgo. En los pacientes de bajo riesgo, 410 (83,3%) tenían NST normal y 82 (16,7%) indeterminada. Estas cifras fueron 249(76,4%) y 77 (23,6%) en pacientes de alto riesgo, respectivamente, y dos casos (0,6%) tenían NST anormal. En ambos grupos, tinción de meconio espeso, patrón de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizador, cesárea y cesárea debido a una secuencia de latidos cardiacos fetales no tranquilizadores fueron significativamente más frecuentes en NST indeterminada que en normales ($P < 0,001$). Las Gestaciones de alta probabilidad de enfermedad con NST indeterminada, la probabilidad de bajo peso al nacer y la admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) aumentó. El valor predictivo positivo fue inferior al 30% en prediciendo tinción de meconio espeso, patrón de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizador, $PH \leq 7.2$ e ingreso en UCIN en ambos grupos. En general, el valor predictivo negativo de la NST para la muerte neonatal y el ingreso en la UCIN fue del 100 % y 96%, respectivamente.

Grivell RM, Un estudio de Cochrane mostro que algunos embarazos pueden complicarse por una afección médica de la gestante (diabetes o hipertensión arterial) como tambien una patología que permita intervenir en la formación del feto. Estimando la opción de encontrar a los fetos con dificultades posibles si necesitaría una prueba que precise en la gestación permitiría beneficios. El NST es un reporte electrónico los latidos cardiacos fetales minuto a minuto del feto obtenido a través de un transductor colocado en el fondo uterino de la madre. En determinadas ocasiones se nombra "monitoreo electrónico fetal". La presente consolidación de datos analizo si el NST en la gestación ayudaría a optimizar las consecuencias. El estudio preciso de usuarios con alto y bajo riesgo. El estudio concreto 6 revisiones en donde las gestantes presentaban mayor probabilidad de eventos adversos a pesar de que el monitor, perfil biofísico y eco Doppler estiman evidenciar las complicaciones en la gestación.

Weissbach t, Establecio un estudio que determino los datos en un grupo con 271 usuarios, fueron recopilados electrónicamente, en neonatos de cesarea por un NST no tranquilizador, en una IPRESS nivel III, de 2015 a 2017. La estancia del NST TIPO II, cada parámetro se analizó y se asoció con los estudios posterior a los nacimientos inmediatos, adicionando el potencial de hidrogeno del cordón umbilical

≤ 7 , el aumento de sustancias bases en el cordón umbilical > 12 , valoración del Apgar a 1 y 5 minutos ≤ 7 , sugerencias de ventilar a presión positiva, objetivar de compresiones torácicas, estados hipoglucémicos y estados convulsivos necesidad de unidad de cuidados intensivos neonatales. Los estados febriles durante la labor de parto y el líquido amniótico meconial se asocian con resultados negativos. Los determinantes se conllevaron mediante prueba de chi-cuadrado y t-estudent, considerando $P < 0,05$ como optimo.

Francesca Crovetto, Un estudio de casos y controles. La mala adaptación neonatal se definió como presencia de al menos: pH de la arteria del cordón umbilical $< 7,10$, déficit de bases ≥ 12 mmol/L, puntuación de Apgar al 1' ≤ 5 . Los controles se seleccionaron de la misma población y se compararon con los casos. La Asociación entre los parámetros clínicos y la mala adaptación neonatal se analizó mediante regresión logística. De 133 mujeres (2,1% de todos los nacidos vivos) con un recién nacido que presentó una mala adaptación neonatal se compararon con 133 controles posteriores. Contribuciones significativas para la predicción de pobres la adaptación neonatal fue proporcionada por la edad materna ≥ 35 años, nuliparidad, complicaciones durante el embarazo, edad gestacional al parto < 37 semanas y NST categoría II o III. Permitiendo identificar varios determinantes obstétricos previos y en la labor de parto pueden identificar un subgrupo de recién nacidos con mayor riesgo de mala adaptación neonatal al nacer.

Anna Rózanska-Waldeziak, Este estudio demostró que, la prueba de provocación con oxitocina (OCT) aún puede ser una herramienta útil herramienta en la obstetricia actual. Material y métodos: El estudio incluyó 318 OCT realizadas en pacientes ingresados en el hospital departamento de ginecología de 2010 a 2012. Se modificó la clasificación de los resultados de las pruebas. introducido, dividiendo los resultados en cuatro grupos: I-negativo, II-positivo, III-no diagnóstico y tipo IV (taquicardia fetal o aumento de la variabilidad). El propósito del estudio fue evaluar la clínica importancia de la OCT para evaluar el bienestar fetal intrauterino y predecir la necesidad de terminar el embarazo. Obteniendo una diferencia significativa ($p < 0,001$) en el método de entrega y las indicaciones para cesáreas

se encontró entre resultados de OCT negativos y positivos. Se tuvo que realizar en una secuencia de latidos cardiacos fetales alterados como 40% en los casos con OCT positivo resultados, habiendo constituido el 84,6% de todos los SC de este grupo. Tras OCT negativas, 12,8% embarazos terminaron por cesárea por indicaciones de FCF (62,3% del total de indicaciones).

Bustinza, En un estudio de tipo observacional con diseño descriptivo correlacional considero como gestantes a 374 usuarios con más de 41 ss. de edad gestacional donde realizo un CST con la edad media entre los 26 años. El estudio determino que el CST presento una variación de los latidos (93.6%) aceleraciones en (87.2%) desaceleraciones variables (11.5%) variabilidad (80.2%) Dinámicas uterinas constantes (88.2%), donde determino que las pruebas en su mayoría eran negativas (95.7%). Evidencio que los neonatos en un 92.3% obtuvo un resultado de Apgar de 7 a 10 en el 1er min en adición al 99.3% presento un Apgar 7 a 10 en los 5 min. Determino significancia y asociación optima.

Mark I. Evans, Usando una evaluación retrospectiva de la base de datos de investigación, 475 parturientas de alto riesgo monitoreadas en la labor de parto y sus recién nacidos durante 1 h posparto. Clasificamos las muestras según la dilatación cervical en el momento de la EI Ph y excesos de base en el cuero cabelludo fetal y desarrolló evaluaciones no paramétricas de múltiplos de la mediana (MOM). Las puntuaciones y su cambio en el tiempo se utilizaron como predictores del Ph y exceso de base en el cuero cabelludo fetal. Las principales medidas de resultado fueron los cambios en BE y pH en diferentes dilataciones cervicales y riesgo de acidosis en el 2do temprano etapa de la labor de parto. El Ph y exceso de base en el cuero cabelludo fetal empeora en el transcurso de la primera etapa proporcionan una predicción para la segunda etapa, Concluyendo que el equilibrio ácido-base fetal ("reserva") se deteriora a partir de la primera etapa del la labor de parto, independientemente de si el feto alcanza un umbral crítico de preocupación por acidosis real. El uso de la lógica de Múltiplos de la mediana mejora la apreciación de dicha información. El índice de reserva fetal y su trayectoria se aproxima razonablemente a la trayectoria de la EI Ph y exceso de

base en el cuero cabelludo fetal y parece ser una proyección adecuada prueba para el deterioro temprano y para intervenciones más tempranas para mantener al feto fuera de problemas en lugar de que esperar hasta que se desarrolle un estado de alto riesgo.

2.2 BASES TEÓRICAS

Un gran porcentaje de estudios estableció que el registro de NST en diferentes situaciones en las que se establece un riesgo de estados hipóxicos y estados acidóticos fetales, si se debe a factores maternos (estados hemorrágicos y estados febriles), aumento anormal del peso fetal, anestesia regional, líquido meconial o la posibilidad de taquisistolia como se evidencia en la inducción de la labor de parto. Se sugiere el NST continuo también en las alteraciones intermitentes del patrón.

El uso del NST durante la labor de parto en pacientes con menor probabilidad de problemas es más controversial, pero se ha evidenciado como una prueba fundamental de la atención en diferentes estados.

Hay algunas pruebas que respaldan que esto se asocia con resultados neonatales similares en embarazos de bajo riesgo. El monitoreo intermitente debe llevarse a cabo durante el tiempo suficiente para permitir una evaluación adecuada de las características básicas del NST. El uso rutinario de NST de admisión para usuarias de poca probabilidad de enfermedad al ingresar al área de dilatación presenta una varianza sumatoria de cesáreas y ausencia de aportes a estados perinatales además de pocas diferenciales.

Posición materna para adquisición de NST

La posición en decúbito supino de la madre puede provocar la compresión de la aortacava por parte del útero grávido, lo que afecta la perfusión placentaria y la oxigenación fetal. Por lo tanto, debe evitarse una vigilancia prolongada en esta posición. Las posiciones en decúbito lateral, medio sentado y erguido son alternativas preferibles. La adquisición de NST se puede realizar mediante sensores portátiles que transmiten señales de forma inalámbrica a un monitor fetal remoto (telemetría). Esta solución tiene la ventaja de permitir que la madre se

mueva libremente durante la adquisición de la señal, en lugar de estar restringida a la cama o al sofá y, por lo tanto, debe ser la opción preferida cuando esté disponible. Los sistemas de telemetría difieren en la distancia máxima permitida entre el paciente y el monitor para una adecuada transmisión de la señal.

Balanzas de papel para registro y visualización de NST

La escala horizontal para el registro y la visualización del NST se define como "ritmo del papel". En muchos países del mundo se selecciona 1 cm/min, mientras que en los Países Bajos suele ser de 2 cm/min, y en América del Norte y Japón es casi exclusivamente de 3 cm/min. Algunos expertos opinan que 1 cm/min proporciona registros con suficiente detalle para el análisis clínico, y esto tiene la ventaja de reducir la longitud del trazado. Otros expertos opinan que los pequeños detalles de los trazados NST se evalúan mejor utilizando velocidades de papel más altas. La escala vertical utilizada para el registro y la visualización también puede ser diferente, y las alternativas disponibles son 20 o 30 lpm/cm. Las básculas de papel que se utilicen en cada centro deben ser aquellas con las que los profesionales sanitarios estén más familiarizados, ya que la interpretación del trazado depende del reconocimiento de patrones y estos patrones pueden tener una apariencia muy diferente. El uso involuntario de básculas de papel a las que el personal no está acostumbrado puede conducir a interpretaciones erróneas de las características de NST. Por ejemplo, a 3 cm/min la variabilidad parece reducida para un médico familiarizado con la escala de 1 cm/min, mientras que puede parecer exagerada en la situación opuesta (véanse los ejemplos a continuación).

Monitoreo de FCF externo versus interno

El monitoreo externo de los latidos cardiacos fetales usa un lector de Doppler para establecer el ritmo en las estructuras cardíacas. Una señal resultante requiere modulación de señal y autocorrelación para proporcionar grabaciones de calidad adecuada. Este proceso da como resultado la verídica interpretación de espacios de los latidos cardiacos fetales, el mismo se considera lo óptimamente preciso. La evaluación externa de los latidos cardiacos fetales es más propensa a la pérdida de señal, el control inadvertido de los latidos cardíacos maternos y a los artefactos en la señal, como el recuento doble y el recuento medio, especialmente durante la

segunda etapa de la labor de parto. También es posible que no registre con precisión las arritmias cardíacas fetales. La evaluación interna de los latidos cardíacos fetales mediante un dispositivo electrónico fetal (generalmente conocido como electrodo en el cuero cabelludo, pero también se puede aplicar en la nalga) determina los espacios de tiempo con unas frecuencias cardíacas constantes en la determinación de ondas R y QRS del EKG del feto y por lo que establece los ciclos de despolarización ventricular. La presente forma de evaluación establece de manera óptima los espacios en diferentes cortes de secuencias cardíacas, pero de mucho más valor económico por insumos renovables. Se tiene de manera indispensable un dispositivo electrónico fetal este aplique después de una clara identificación de la presentación y que se diferencien las formas fetales frágiles, entendiéndose en las líneas sagitales, coronales y fontanelas. La monitorización interna de los latidos cardíacos fetales requiere rotura de membranas y tiene contraindicaciones establecidas, principalmente relacionadas a la mayor probabilidad de infecciones de continuidad vertical. Evitándose en usuarios que presenten una enfermedad activa de herpes tipo 2, seropositivos a infecciones hepáticas tipo B, tipo C tipo D o a virus de inmunodeficiencia humana, cuando no se tiene una certeza de la presentación o cuando la ruptura artificial de membranas es inapropiada (es decir, una presentación no comprometida). La colocación de electrodos fetales también debe evitarse preferentemente en fetos muy prematuros.

La evaluación de los latidos cardíacos fetal es la forma recomendada para monitoreo intraparto, esperando un registro de óptimo, que se puedan establecer los parámetros principales del NST. Los requisitos mínimos para utilizar este método son que se lleve a cabo un reposicionamiento cuidadoso de la sonda durante la segunda etapa de la labor de parto, que en todos los trazados atípicos de FCF se descarte una evaluación de los latidos cardíacos maternos y si persiste alguna duda, la auscultación fetal se realiza una evaluación ecográfica o una monitorización interna de la FCF. Si no se puede obtener un registro aceptable con la monitorización externa o si se sospecha una arritmia cardíaca, se debe utilizar la monitorización interna, en ausencia de las contraindicaciones mencionadas anteriormente.

Monitoreo externo versus interno de las contracciones uterinas

La monitorización externa de las contracciones uterinas mediante un tocodinamómetro (toco) evalúa el aumento de la tensión miométrial medida a través de la pared abdominal. La colocación incorrecta, la tensión reducida aplicada a la banda elástica de soporte o la adiposidad abdominal pueden provocar un registro fallido o inadecuado de las contracciones. Además, esta tecnología solo proporciona información precisa sobre la frecuencia de las contracciones. No es posible extraer información fiable sobre la intensidad y duración de las contracciones, ni sobre el tono uterino basal. La monitorización interna de las contracciones uterinas mediante un catéter intrauterino proporciona información cuantitativa sobre la intensidad y la duración de las contracciones, así como sobre el tono uterino basal, pero es más costosa porque el catéter es desechable y requiere rotura de membranas. Las contraindicaciones incluyen hemorragia uterina de causa desconocida y placenta previa.

Monitoreo simultáneo de las oscilaciones cardíacas maternas

El monitoreo simultáneo en los latidos cardíacos maternos puede ser útil en condiciones específicas de salud materna en episodios que se forma una dificultad para determinar frecuencias cardíacas maternas y fetales (por ejemplo, bloqueo cardíaco fetal completo). Algunos monitores NST proporcionan la posibilidad de monitorización continua del MHR, ya sea por electrocardiografía u oximetría de pulso. En algunos modelos recientes, esta última tecnología se ha incorporado en el tocodinamómetro, lo que permite la monitorización continua de la FCM sin el uso de equipos adicionales. Se establece cuando la unidad técnica presente disponibilidad además no permita dificultades maternas por lo que se considera el monitoreo simultáneo en los latidos cardíacos fetal al realizar una NST continua, especialmente durante la segunda etapa de la labor de parto, cuando los trazados muestren aceleraciones que coinciden con las contracciones y los esfuerzos expulsivos, o cuando el MHR está elevado.

Monitorización de gemelos

El NST externo consecutivo de los latidos cardíacos fetales en las gestaciones gemelares durante la labor de parto debe realizarse preferiblemente con monitores de doble canal que permitan la monitorización simultánea de ambas FCF, ya que

puede producirse una monitorización duplicada del mismo gemelo y esto puede detectarse observando trazados casi idénticos. Algunos monitores tienen algoritmos incorporados para alarmar cuando se sospecha de esta situación. Durante la segunda etapa de la labor de parto, la monitorización externa de la FCF de los gemelos se ve particularmente afectada por la pérdida de señal y, por este motivo, algunos expertos creen que el gemelo que se presenta debe ser monitorizado internamente para una mejor calidad de la señal, si no hay contraindicaciones para la colocación de electrodos fetales. Otros expertos creen que la monitorización externa de ambos gemelos es aceptable, siempre que se puedan obtener señales de FCF claras y de buena calidad.

Evaluación de las funciones básicas de NST

Línea de Base

Para valorar los estados medios de los intervalos de los latidos cardiacos fetales más horizontales y menos oscilatorios. Se expresa con intervalos de minutos que sean correspondientes a 10 y se expresa en pulsaciones en cada minuto (lpm). Los controles de estándar pueden ser diferentes en los intervalos subsecuentes de cortes en 10 minutos. En trazados con señales de FCF inestables, puede ser necesaria la revisión de segmentos previos y/o la evaluación de períodos de tiempo más largos para estimar la línea de base, en particular durante la segunda etapa de la labor de parto y para identificar el estado de comportamiento fetal de vigilia activa que puede conducir a errores estimación de referencia alta. El estándar medio: tiene un corte de 110 a 160 latidos en minuto. En los productos prematuros se evidencia un valor en el limite superior y los postérmino en el limite inferior. Muchos estudios presentan limites de corte de 110 a 150 latidos cardiacos en minuto. Estados Taquicardicos: se presenta como estándares superiores a 160 latidos por minuto y permanece por adicional a 10 minutos. Estados hiperpireticos maternos es un factor de riesgo de aumento de los latidos cardiacos fetales, se puede establecer como causa fetal y no fetal. La anestesia regional se asocia a una subida brusca en la temperatura que conlleva a valores elevados de latidos cardiaco fetales. En las etapas iniciales de una hipoxemia fetal no aguda, la secreción de catecolaminas también puede provocar taquicardia. Otras causas

menos frecuentes son la administración de fármacos betaagonistas (salbutamol, terbutalina, ritodrina, fenoterol), bloqueadores parasimpáticos (atropina, escopolamina) y arritmias fetales como taquicardia supraventricular y aleteo auricular. Estados Bradicardicos: se establece como valores que son inferiores a 110 latidos por minuto que son constantes en minutos iguales o mayores a 10. Con los intervalos de 100 a 110 latidos por minuto también acontecen con productos fetales sin alteraciones, como en gestaciones postérmino.

Variabilidad

Se define como las fluctuaciones en la forma de los latidos cardiacos fetal, determinadas como la amplitud es el promedio de la frecuencia en porciones de 1 min. Variabilidad normal: una amplitud en el rango de 5 hasta 25 latidos por minuto. Variabilidad reducida: una amplitud correspondiente al ancho de por el límite inferior a 5 latidos por minuto en un periodo de 50 minutos a más en segmentos como base, en durante un periodo mayor a 3 min en el momento de las desaceleraciones. La variabilidad reducida puede ocurrir debido a los estados hipóxicos o estados acidoticos y la consiguiente disminución de la actividad simpática y parasimpática, pero también puede deberse a una lesión cerebral previa, infección, administración de depresores del sistema nervioso central o bloqueadores parasimpáticos. Durante el sueño profundo, la variabilidad suele estar en el rango inferior de la normalidad, pero la amplitud del ancho de banda rara vez está por debajo de 5 lpm. Hay un alto grado de subjetividad en la evaluación visual de este parámetro y, por lo tanto, se recomienda una reevaluación cuidadosa en situaciones límite. Después de un NST inicialmente normal, es muy poco probable que se produzca una reducción de la variabilidad debido a la hipoxia durante la labor de parto sin desaceleraciones previas o concomitantes y un aumento en la línea de base. Mayor variabilidad (patrón saltatorio): se determina cuando el rango de banda en el límite por arriba de los 25 latidos por minuto por un periodo mayor a 30 minutos. La fisiopatología de este registro no se ha dilucidado por completo, pero se puede relacionar a las desaceleraciones frecuentes, cuando se evidencian estados hipóxicos o acidoticos donde evoluciona muy rápidamente. Establece valides que es causado por inestabilidad autonómica fetal o del sistema autonómico hiperactivo.

Aceleraciones

Un aumento repentino de la frecuencia cardíaca fetal de más de 15 latidos/min por encima del valor inicial durante más de 15 segundos en 10 minutos. Esto puede estar asociado con movimientos fetales y es indicativo de un feto nerviosamente sensible sin hipoxia o acidosis. En fetos prematuros como previos a las 32 semanas de gestación, su frecuencia y extensión pueden ser menores (10 segundos) Después de 32 a 34 semanas, con el establecimiento de estados de comportamiento fetal, rara vez ocurren aceleraciones durante los períodos de sueño profundo, que pueden durar hasta 50 minutos. La no presencia de aceleraciones con un NST intraparto tiene un pronóstico desconocido, pero es poco probable que indique estados hipóxicos o estados acidóticos. Un registro no certero de los latidos cardiacos maternos es cuando existe aceleraciones al mismo tiempo que las contracciones uterinas debido a que los latidos cardiacos fetales se desacelera en la contracción con mayor frecuencia sin embargo los latidos cardiacos maternos aumenta.

Los aumentos de lo latidos cardiacos fetales concuerdan con las dinámicas uterinas, subsecuente con el segundo periodo de la labor de parto, se deduce un posible mal registro de los latidos maternos dado que FCF se desacelera más eventualmente en la dinámica, si bien los latidos cardiacos maternos usualmente dan en aumento.

Desaceleraciones

Se determina como las disminuciones en los latidos cardiacos fetales por bajo de la base, además en 15 latidos por minuto en ampliación y con una duración superior a 15 segundos. Desaceleraciones tempranas: desaceleraciones que son de tiempos cortos con variabilidad adecuada dentro de la desaceleración y al mismo momento de las dinámicas. Estableciéndose como presunción que son ocasionados por presión de los huesos parietales del cráneo fetal no necesariamente estados hipóxicos. Desaceleraciones variables (en forma de V): desaceleraciones que exhiben una caída rápida con variabilidad adecuada dentro de la desaceleración, además se evidencia una corrección rápida a la línea de base, el tamaño y relación variable con las dinámicas uterinas. Las desaceleraciones ondulantes representan un gran porcentaje en la labor parto y es una consecuencia

de asociadas a receptores de presión como factor por la compresión funicular. Pocas veces se asocia a estados hipóxicos o acidóticos fetales, a menos que evolucionen para mostrar un componente de figura en U, una varianza venida a menos en la misma desaceleración o su duración vaya a más de los 3 minutos

Desaceleraciones tardías (en U y/o con variabilidad reducida): desaceleraciones con un inicio gradual y un retorno gradual a la línea de los latidos cardiacos y la variabilidad venida a menos dentro de la misma desaceleración. El comienzo y regresión son graduales ocurren cuando acontecen superior a 30 segundos da el principio de una desaceleración y el final en su punto más bajo. Cuando las contracciones se monitorean adecuadamente, las desaceleraciones posteriores comienzan por demás en 20 segundos una vez iniciado la dinámica. Las presentes desaceleraciones se asocian a una consecuencia tomada por quimiorreceptores a estados hipóxicos del producto. La presencia de una figura lineal sin aumento de latidos cardiacos y variabilidad reducida, la determinación de desaceleraciones posteriores se establece como las que tienen un rango en 10 a 15 latidos por minuto. Desaceleraciones duraderas: las que se evidencian en un periodo mayor a 3 minutos de duración. Los mismos que estos incluyan un componente mediado por receptores y por lo que indiquen estados hipóxicos. Las desaceleraciones cuando exceden a 5 minutos, además de latidos cardiacos a menos de 80 lpm y varianza disminuida con la desaceleración, se asocian con frecuencia con estados hipóxicos y estados acidóticos fetales por lo que implican una acción inmediata

Patrón sinusoidal

Se identifica como un trazado regular ondulante, que se asemeja a una onda cardiaca sinusal con variación de 5 a 15 lpm y una consecuencia de 3 a 5 ciclos por minuto. Se puede evidenciar por el constante en 30 minutos y la falta de aceleraciones. Se sugiere que el presente patrón ocurre en asociación con hemoglobina disminuida y se encuentra la inmunización anti-D, discrasias sanguíneas feto-materna, síndrome de transfusión de gemelo a gemelo o lesiones en vasa previa. Además, se ha asociado a casos de estados hipóxicos fetales, corioamnionitis, alteraciones morfológicas cardíacas, defectos en el sistema nervioso central y del sistema gastrointestinal.

Patrón pseudosinusoidal

Se identifica al patrón sinusoidal, como una apariencia de "diente de sierra" más irregular, en lugar de la figura de una onda sinusoidal suave. Su tiempo pocas veces supera los 30 min y se determina como secuencias previas y posteriores. A veces es difícil distinguir el patrón pseudosinusoidal del patrón sinusoidal verdadero, dejando el límite del tiempo del primero como el estado más importante para discernir.

Estados de comportamiento fetal

Esto se determina como periodos en que hay ausencia de actividad del producto lo establece como un estado de sueño (sin oscilaciones de ojos), alternando con etapas de sueño activo (oscilaciones rápidas de ojos). La aparición de diferentes estados de comportamiento es un sello distintivo de la capacidad de respuesta neurológica fetal y la ausencia de hipoxia/acidosis. La etapa de sueño se puede determinar por un tiempo límite de 50 min además se conlleva con una línea de base constante, aceleraciones pocas y varianza limítrofe. Los sueños activos son el estado conductual más frecuente y está representado por un número moderado de aceleraciones y una variabilidad normal. La vigilia activa es más rara y está representada por un gran número de aceleraciones y variabilidad normal. En el último patrón, las aceleraciones pueden ser tan frecuentes como para causar dificultades en la estimación de la línea de base. Las transiciones entre los diferentes patrones se vuelven más claras después de las 32 a 34 semanas de gestación, como consecuencia de la maduración del sistema nervioso fetal.

Contracciones

Estos son estados naturales fisiológicos donde la actividad uterina presenta aumentos y descensos de tono; los aumentos son graduales en forma de campana los que tienen un tiempo de 45 segundos hasta 120. En dinámicas uterinas determinan la consecución de la labor en parto, como resultado pueden comprimir las arterias arcuatas que estacionan y limitar momentáneamente la difusión oxigenaria de placenta. El tocodinamómetro, permite evaluar de forma fiable la frecuencia de las contracciones, así como el aumento del tono y el tiempo . taquisistolia: se determina como un aumento de las dinámicas uterinas, determinado por la ocurrencia cinco dinámicas a más en periodos de 10 minutos o

en dos períodos sucesivos por 10 minutos, también pueden ser promediados en intervalos de 30 min.

Clasificación de rastreo

La clasificación de seguimiento requiere una evaluación previa de las características básicas de NST. Los trazados deben clasificarse en una de tres clases:

normal, sospechosa o patológica, según los criterios. Algunos expertos recomiendan otros sistemas de clasificación que incluyan un mayor número de niveles. Debido a la naturaleza cambiante de las señales de NST durante la labor de parto, se debe realizar una reevaluación del trazado al menos cada 30 minutos.

Decisión clínica

Varios factores, incluida la edad gestacional y la medicación administrada a la madre, pueden afectar las características de la FCF (ver arriba), por lo que el análisis NST debe integrarse con otra información clínica para una interpretación integral y un manejo adecuado. Como regla general, si el feto continúa manteniendo una línea de base estable y una variabilidad tranquilizadora, el riesgo de hipoxia en los órganos centrales es muy poco probable. Sin embargo, se describen los principios generales que deben guiar el manejo clínico.

Actuación en situaciones de sospecha de hipoxia/acidosis fetal

Cuando se anticipa o se sospecha estados hipóxicos o estados acidóticos fetales (dibujos sospechosos y patológicos), y se requiere una acción para evitar un resultado neonatal adverso, se puede sugerir una prueba adicional como ecografía Doppler o decidir por cesárea inmediato o un parto vaginal instrumental. Frecuentemente puede identificar el factor subyacente en la aparición del patrón y revertir la situación, con la posterior recuperación de la oxigenación fetal adecuada y el retorno a un trazado normal.

Las dinámicas del útero son con mayor eventualidad la determinante de estados hipóxicos o estados acidóticos fetales los que se determinan como taquisistolia en NST o al sentir manualmente desde la semiología de la palpación. Objetivando disminuir la actividad uterina con infusión de cloruro de sodio o disminuyendo el goteo de oxitocina si es posible empezando una tocólisis con betaadrenérgicos

(salbutamol, ritodrina), atosiban hasta nitroglicerina. Durante la segunda etapa de la labor de parto, los esfuerzos de pujo de la madre también desencadenan estados hipóxicos o estados acidóticos fetales como se le sugiere a la usuaria en detener los pujos el tiempo en que se revierta la dinámica. La compresión aortocava puede ocurrir en posición supina y conducir en la difusión oxigenaría placentaria reducida. La hiperactividad del útero puede estar determinada con la posición supina, posiblemente consecutiva a la compresión del plexo nervioso. En estos casos, la vuelta de la madre de lado suele ir seguida de la normalización del patrón NST. La compresión espaciada funicular se considera como determinante común de cambios en el NST (desaceleraciones variables), además en ocasiones estos pueden revertirse cambiando la posición materna o realizando una amnioinfusión. La hipotensión materna repentina también puede desencadenarse en la labor de parto, usualmente posterior de la anestesia regional y con mayor frecuencia reversible mediante la administración rápida de líquidos y/o un bolo de efedrina por vía intravenosa. Otras complicaciones menos frecuentes que afectan la respiración materna, la circulación materna, la placenta, el cordón umbilical o la circulación fetal también pueden resultar en estados hipóxicos o acidóticos fetales, y su manejo está más allá del alcance de este documento.

El oxígeno a flujo constante usado en la madre permite optimizar las funciones del feto así como normalizar las variables del NST, aun así en la evidencia de ensayos clínicos aleatorios de que esta intervención poco establecida como positiva, cuando se realiza de forma aislada, sea efectiva cuando la oxigenación materna es adecuada. Los cristaloides endovenosos usualmente se utilizan para optimizar las variables del NST, a pesar de lo mismo, faltan estudios clínicos aleatorios que determinen que este manejo es óptimo.

Se sugiere un adecuado uso de criterios para determinar los factores de un NST sospechoso o patológico, juzgar los diagnósticos diferenciales a los que puede adjudicarse en la labor de parto o al periodo expulsivo, con el interés de evitar estados hipóxicos o estados acidóticos fetales, así como la intervención obstétrica innecesaria. Pudiéndose realizar ecografía Doppler adicional para evaluar el índice de pulsatilidad como el índice de resistencia. Cuando se identifica un patrón de NST sospechoso o que empeora, se debe abordar la causa subyacente antes de que se desarrolle un trazado patológico. Si la situación no se revierte y el patrón continúa

deteriorándose, se debe considerar una evaluación adicional o un parto rápido si se produce un patrón patológico. Durante la segunda etapa de la labor de parto, debido al efecto adicional del pujo materno, la hipoxia/acidosis puede desarrollarse más rápidamente. Por lo tanto, se deben emprender acciones urgentes para aliviar la situación, incluida la interrupción del pujo materno, y si no hay mejoría, se debe acelerar el parto.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

TEST NO STRESS(NST): El test estándar que determina el estado fisiológico fetal que evalúa el sistema nervioso autónomo del feto, que tiene múltiples parámetros dentro de los cuales está los latidos cardiacos fetales como línea de base, la varianza, las aceleraciones, las desaceleraciones y las actividades fetales, otorgándosele un resultado por cada uno clasificándoles en activo, hipoactivo o no activo además de reactivo o no reactivo. Otra clasificación que describió el ACOG fue por categorías I, II, III de acuerdo a sus patrones

TEST STRESS (CST): Esta prueba se realiza administrando oxitocina en un frasco de 1000 CINA 0.9% endovenosa comenzando por 4 gotas x min hasta conseguir un patron adecuado de contracciones, nos mostrara como se desarrollan los latidos cardiacos fetales simulando una labor de parto clasificando los resultados en Negativa, Positiva, Sospechosa, No satisfactoria

APGAR:

El presente test es una prueba que se realiza desde 1953 que permite valorar el estándar optimo físico, motor y madurez del recién nacido estableciendo diferentes criterios los cuales son: 1. Latidos cardiacos, 2. Esfuerzo respiratorio, 3. El tono muscular, 4. La irritabilidad refleja, 5. El color de la piel; donde se otorga a cada parámetro un resultado de 0 a 2; donde todas forman el índice de APGAR, el mismo se determina al 1er y 5to minuto dando un pronóstico del recién nacido

2.4 HIPÓTESIS

Ho: “Las pruebas de bienestar fetal de NST y CST tomadas en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas No están relacionadas al APGAR de los recién nacidos al 1er y 5to minuto”

H1: “Las pruebas de bienestar fetal de NST y CST tomadas en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas Si están relacionadas al APGAR de los recién nacidos al 1er y 5to minuto”

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio tiene un diseño Descriptivo correlacional, retrospectivo de corte Transversal.

Tipo de Estudio

Observacional

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.

3.2.1 Población:

Pacientes gestantes con pruebas de NST y/o CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte entre Enero y Diciembre 2019

3.2.3 Unidad de muestreo:

Historia clínica.

Criterios de inclusión

- Gestantes que contengan en las Historias clínica más del 100% de los datos requeridos en el instrumento.
- Gestantes con prueba NST de las 37 hasta las 42 semanas
- Gestantes con prueba CST de las 37 hasta las 42 semanas
- Gestante de 37 a 42 semanas determinada por FUR y/o ecografía de 1er trimestre
- Gestantes de cualquier Edad Materna
- Gestantes que su parto haya sido atendido en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte

Criterios de exclusión

- Gestantes cuyas Historias clínicas no contengan datos legibles o incompletos en los datos requeridos en el instrumento
- Gestantes con embarazos Pretérmino
- Gestantes con patologías maternas o fetales

3.3 VARIABLE DE ESTUDIO

3.3.1 Independiente

- Test no stress
- Test stress

3.3.2 Dependiente

- Apgar al 1er minuto
- Apgar al 5to minuto

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Instrumento	Escala de medición	Indicadores		Valores
NST	Prueba de bienestar fetal que evalúa el sistema nervioso autónomo del feto	Ficha de recolección de datos	Ordinal	Línea de base	<100 o >180	0
					100-119 o 161 -180	1
					120-160	2
				Variabilidad	<5	0
					5-9 o >25	1
					10--25	2
				Aceleraciones	0	0
					1-4 Esporádicos	1
					> 5	2
			Desaceleraciones	DIP II ≥ 60%; DIP III ≥ 60%	0	
				DIP II ≤ 40%; Variable ≤ 40%	1	
				AUSENTES	2	
			Actividad Fetal o Movimientos	0	0	
				1--4	1	
				> 5	2	
Nominal	Resultados del NST	Activo	Reactivo			
			No reactivo			
		Hipoactivo	Reactivo			
			No reactivo			
CST	Prueba de bienestar fetal con oxitocina	Fichas de datos recolectados	Nominal	Tipos	Positivo	
					Negativo	
					Insatisfactorio	
					Sopechoso	
GESTANTE	Mujer embarazada próxima a dar a luz después de los 9 meses de este estado	Fichas de datos recolectados	Intervalo	Edades	(12 a18 años)	
					19 a 20 años	
					21 a 30 años	
					31 a 40 años	
					> 40 años	
		Ficha de recolección de datos	Intervalo	Altura uterina	< 30 cm	
					30-32 cm	
					33-35 cm	
					> 36 cm	
		Ficha de recolección de datos	Nominal	Presentación fetal	Cefálico	
					Podálico	
					Oblicuo	
					Transversa	
		Ficha de recolección de datos	Intervalo	Edad gestacional de culminación de embarazo	<20 sem	
					20-<28 sem	
					28-<34 sem	
					34-36 sem	
					37-<40 sem	
					40-42 sem	
		Ficha de recolección de datos	Nominal	Termino de gestación	Aborto	
Obito						
Parto vaginal						

						Cesárea
APGAR	Resultado que permite determinar la vitalidad del recién nacido	Ficha de recolección de datos	Ordinal	Latidos Cardiacos	Ausente	0
					<100	1
					>100	2
				Respiracion	ausente	0
					Lenta, irregular, llanto debil	1
					Buen llanto fuerte	2
				Tono muscular	Flacido	0
					Cierta flexion brazos y piernas	1
					Movimiento activo	2
				Reflejo	Ausente	0
					Mueca	1
					Mueca, tos o estornudos	2
			Color	Azulado	0	
				Cuerpo rosado, manos pies azulados	1	
				Completamente rosado	2	
			Nominal	Resultados del test	0 a 3 Puntos	Depresion severa
4 a 6 Puntos	Depresion Moderada					
7 a 10 Puntos	Normal					

3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. INSTRUMENTOS

Los documentos clínicos perinatales, informe de monitoreo evaluando cada parámetro del mismo y del carnet perinatal, serán los insumos necesarios para el proyecto, el cual se vaciarán los datos a una ficha de recolección de datos.

3.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESO DE LA INFORMACIÓN

A. Solicitar las historias clínicas a la jefatura de archivo para la cumplir el debido proceso

B. Acudir archivo para recolector las historias clínicas para obtener los datos

Fuentes:

- Historias clínicas
- Libro de Recién Nacido Vivo

- Libro de Óbitos Fetales

Una vez obtenido los datos se determinará por una prueba de Chi Cuadrado a la evaluación de la relación de las variables: resultado del NST, CST como el resultado de Apgar; esperando obtener un resultado $p < 0.05$ para que se consigne como optimo y la estabilidad de una asociación entre ambos conceptos variantes como poder realizar los gráficos correspondientes para el análisis de los mismos con las posibles soluciones y sugerencias para la mejora de la atención a gestantes

3.6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto de investigación se apega a normas éticas para promover el respeto y los derechos de todos los seres humanos, así como para proteger su salud, con el único objetivo de realizar prácticas similares. y no representa un peligro o daño para su salud. participar en ella. Determinar que la persona objeto de estudio no presenta dificultades, problemas psicológicos u otros problemas que puedan dificultar el desarrollo del proyecto de investigación.

CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 RECURSOS

El investigador dispone de recursos académicos y logísticos como acceso a fuentes de información en plataformas científicas y puede acceder a las historias clínicas que se requieren para el estudio; administrativos, ya que posee los permisos necesarios y económicos, ya que se dispone del presupuesto adecuado para el estudio.

4. 1. 1 Recursos Humanos

- Investigador

Obstetric Risk Factors For Poor Neonatal Adaptation At Birth:
<http://dx.doi.org/10.1080/14767058.2017.1344635>

9. Anna Ró˙zanska-Wal ˙edziak , Krzysztof Czajkowski , Maciej Wal ˙edziak , Justyna Teliga-Czajkowska. The Present Utility of the Oxytocin Challenge Test— A Single-Center Study. 2020 Enero. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9010131>
10. Mark I. Evans , David W. Britt , Robert D. Eden , Shara M. Evans & Barry S. Schifrin. Earlier And Improved Screening For Impending Fetal Compromiso. 2020 Setiembre. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1811670>
11. Maryli Bustinza Bravo, Flor De María Alvarado Rodríguez. Resultados Del Test Estresante En Relación Al Score De Apgar En Gestaciones De 41 Semanas A Más. Unidad De Embarazo Patológico Del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2016 Abril. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/4800>
12. George A. Macones, Gary D. Hannkins, Catherine Y. Spong, John Hauth, Thomas Moore. The National Institute of Child Health and human Development Workshop Report on Electronic Fetal Monitoring. 2008 Marzo. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181841395>
13. Gabbe, Niebyl & Simpson. Obstetricia. 2017 Abril Edición (4). Madrid-España.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de la investigación	Objetivo de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumentos de recolección de datos
<p>“ASOCIACION ENTRE LAS PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL DE NST Y CST TOMADAS EN LAS GESTANTES DESDE LAS 37 SEMANAS HASTA LAS 42 SEMANAS Y EL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS AL 1ER Y 5TO MINUTO EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD VITARTE EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2019.”</p>	<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas NST y CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 1er y 5to minuto, en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte entre Enero y Diciembre 2019?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas NST y CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 1er y 5to minuto, en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte entre Enero y Diciembre 2019</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas NST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas 	<p>Hipótesis</p> <p>Ho: “Las pruebas de bienestar fetal de NST y CST tomadas en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas No están relacionadas al APGAR de los recién nacidos al 1er y 5to minuto”</p> <p>H1: “Las pruebas de bienestar fetal de NST y CST tomadas en las gestantes desde las 37</p>	<p>Observacional Descriptivo Correlacional Retrospectivo Transversal.</p>	<p>Población universal</p> <p>Pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital de baja complejidad Vitarte durante el periodo de estudio.</p> <p>Población de estudio</p> <p>Pacientes gestantes con pruebas de NST y/o CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte entre Enero y Diciembre 2019</p>	<p style="text-align: center;">Ficha de recolección de datos</p>

		<p>y el Apgar de los recién nacidos al 1er minuto</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas NST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 5to minuto• Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 1er minuto• Determinar cuál es la asociación entre las pruebas de bienestar fetal tomadas CST en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el Apgar de los recién nacidos al 5to minuto	<p>semanas hasta las 42 semanas Si están relacionadas al APGAR de los recién nacidos al 1er y 5to minuto”</p>			
--	--	---	---	--	--	--

2. Ficha de recolección de datos:

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. APELLIDOS Y NOMBRES:

2. N° DE HISTORIA CLINICA: _____

3. DIRECCION ACTUAL:

4. EDAD:

12-18 AÑOS _____

19-20 AÑOS _____

21-30 AÑOS _____

31-40 AÑOS _____

> 40 AÑOS _____

5. NUMERO DE CELULAR: _____

6. ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

GESTA _____ PARIDAD _____

7. ESTADO CIVIL:

SOLTERA _____

CASADA _____

CONVIVIENTE _____

VIUDA _____

DIVORCIADA _____

8. ANTECEDENTES FAMILIARES/PARENTESCO

HTA _____

DM2 _____

ACV _____

NEOPLASIAS _____

CIRUGIAS _____

OTROS: _____

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

9. ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

	SI	NO
APENDICECTOMIA	_____	_____
APENDILAP	_____	_____
COLECISTECTOMIA	_____	_____
COLELAP	_____	_____
OTRAS CIRUGIAS	_____	

10. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

	SI	NO
TBC	_____	_____
HIPERTENSION	_____	_____
DIABETES MELLITUS	_____	_____
ASMA	_____	_____
ENF HEPATICAS	_____	_____
ENF AUTOIMUNITARIAS	_____	_____
EPI	_____	_____
HIV	_____	_____
OTROS/MENCIONAR:	_____	

11. PESO: _____

12. TALLA: _____

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

13. EXAMEN FISICO DE INGRESO:

- ALTURA UTERINA:
 - < 30 cm _____ _____
 - 30-32 _____ _____
 - 33-35 _____ _____
 - > 36 cm _____ _____

- FCF:

- SPP:
 - CEFALICO
 - PODALICO
 - TRANSVERSO
 - OBLICUO

- TACTO VAGINAL:
 - DILATACION:
 - INCORPORACION:
 - ALTURA DE PRESENTACION:
 - MEMBRANAS:
 - INTEGRAS:
 - ROTAS:

14. EDAD GESTACIONAL DE INGRESO:

< 20 SEM _____ _____
20-<28 SEM _____ _____
28-<34 SEM _____ _____
34-36 SEM _____ _____
37-<42 SEM _____ _____
>42 SEM _____ _____

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

15. RESULTADOS DEL NST: Marcar con (x)

Línea de base	<100 o >180	0
	100-119 o 161 -180	1
	120-160	2
Variabilidad	<5	0
	5-9 o >25	1
	10--25	2
Aceleraciones	0	0
	1-4 Esporádicos	1
	> 5	2
Desaceleraciones	DIP II > 60%; DIP III > 60%	0
	DIP II < 40%; variable<40%	1
	AUSENTES	2
Actividad Fetal o Movimientos	0	0
	1--4	1
	> 5	2
TOTAL		

Resultados del NST	Activo	Reactivo
		No reactivo
	Hipoactivo	Reactivo
		No reactivo

16. RESULTADOS DEL CST: Marcar con (x)

Tipos	Positivo
	Negativo
	Insatisfactorio
	Sospechoso

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

17. DATOS RECIEN NACIDO: Marcar con (x)
 APGAR

	Parametros	Valor 1er minuto	Valor a los 5 minutos
Latidos Cardiacos	Ausente	0	0
	<100	1	1
	>100	2	2
Respiración	ausente	0	0
	Lenta, irregular, llanto débil	1	1
	Buen llanto fuerte	2	2
Tono muscular	Flácido	0	0
	Cierta flexión brazos y piernas	1	1
	Movimiento activo	2	2
Reflejo	Ausente	0	0
	Mueca	1	1
	Mueca, tos o estornudos	2	2
Color	Azulado	0	0
	Cuerpo rosado, manos pies azulados	1	1
	Completamente rosado	2	2

		Valor 1er minuto	Valor a los 5 minutos
Resultados del APGAR	Depresión severa	0-3 Puntos	0-3 Puntos
	Depresión Moderada	4-6 Puntos	4-6 Puntos
	Normal	7-10 Puntos	7-10 Puntos



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Jhon Wilmer Segovia Villafuerte
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Asociación entre las pruebas de bienestar fetal de NST y CS...
Nombre del archivo: OYECTO_DE_INVESTIGACION_---_JHON_WILMER_SEGOVIA_VIL...
Tamaño del archivo: 146.77K
Total páginas: 36
Total de palabras: 9,128
Total de caracteres: 49,293
Fecha de entrega: 02-ene.-2023 08:43a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1987961313



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Asociación entre las pruebas de bienestar fetal de NST y CST tomadas en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el APGAR de los recién nacidos al 1er y 5to minuto en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte en el periodo de enero a diciembre 2019

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Segovia Villafuerte, Jhon Wilmer
(ORCID: 0000-0002-3361-5904)

ASESOR:

Louyza Irueta, Juan Carlos
(ORCID: 0000-0002-8020-2379)

Lima, Perú
2022

Asociación entre las pruebas de bienestar fetal de NST y CST tomadas en las gestantes desde las 37 semanas hasta las 42 semanas y el APGAR de los recién nacidos al 1er y 5to minuto en el Hospital de B

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	obgyn.onlinelibrary.wiley.com Fuente de Internet	5%
2	aguionline.it Fuente de Internet	2%
3	Raouf, Shiva, Fatemeh Sheikhan, Shirin Hassanpour, Soheila Bani, Rogayye Torabi, and Neda Shamsalizadeh. "Diagnostic Value of Non Stress Test in Latent Phase of Labor and Maternal and Fetal Outcomes", Global Journal of Health Science, 2014. Publicación	1%
4	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Staffordshire University Trabajo del estudiante	1%
6	Francesca Crovetto, Monica Fumagalli, Agnese De Carli, Giulia Maria Baffero et al.	1%

"Obstetric risk factors for poor neonatal adaptation at birth", The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 2017

Publicación

7	bmcpublichealth.biomedcentral.com Fuente de Internet	<1 %
8	rdw.rowan.edu Fuente de Internet	<1 %
9	www.science.gov Fuente de Internet	<1 %
10	Diogo Ayres-de-Campos, Catherine Y. Spong, Edwin Chandraran. "FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography", International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2015 Publicación	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado