UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO Y EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2022

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Mariela Huanacuni Calisaya

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO Y EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2022

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

Lic. Obst. Mariela Huanacuni Calisaya

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica

Aprobada por **mayoría** ante el siguiente jurado:

Mg. Yubitza Del Lourdes Pérez Aguilar
Presidenta

Mtra. Cynthia Lisset Sánchez Montánchez
Secretaria

Mg. Maria Yamile Salazar Anco
Vocal

Mg. Maria Yamile Salazar Anco
Asesora

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mg. Maria Yamile Salazar Anco**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N°122-2024-SEP/FACS-UNJBG del 09 de agosto de 2024, del Informe Final del Trabajo Académico titulado: **MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO Y EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2022,** presentado por la Lic. Obst. Mariela Huanacuni Calisaya. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **15 %.** Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 16 de junio del 2025.



FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Maria Yamile Salazar Anco
DNI: 00432038

Huella dactilar



FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Mariela Huanacuni Calisaya

Huella dactilar

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, a la facultad de Ciencias de la Salud y a la Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia por la oportunidad de lograr esta ansiada especialidad.

A mis queridos hermanos Diana y Robert por el permanente apoyo y logro de este trabajo que ha puesto a prueba mi perseverancia y paciencia.

A mi asesora por su apoyo para la realización del presente trabajo académico.

DEDICATORIA

Al altísimo, el omnipotente, el compasivo, siempre conmigo demostrándome que en él y con el todo se puede.

A mi querida madre Gregoria y mis queridos hermanos quienes han sido mi apoyo en toda mi vida profesional.

ÍNDICE

DEDICATORIA v

RESUMEN viii

ABSTRACT ix

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 2

1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: 2

1.2.1. PROBLEMA GENERAL 3

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS 3

1.3.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA 4

1.4.- OBJETIVOS: 4

MARCO CONCEPTUAL 6

2.1 Caso clínico: Alteración del bienestar fetal o sufrimiento fetal 6

2.2 Definición 6

2.3 Clasificación 6

2.4 Incidencia 7

2.5 Etiología 8

2.6 Factores de riesgo o factores determinantes 8

2.7 Fisiopatología 9

2.8 Formas clínicas 10

2.9 Exámenes auxiliares 11

2.10 Tratamiento 17

2.11 Complicaciones 18

CAPÍTULO III 20

MARCO METODOLÓGICO 20

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO 20

3.1 ANAMNESIS: 20

3.1.1. Filiación: 20

3.1.2. Enfermedad actual: 20

3.1.3. Antecedentes personales: 22
3.1.4. Examen Clínico: 23
Al ingreso por emergencia a hospital 23
3.1.5. Impresión diagnóstica: 24
Al ingreso por emergencia a Hospital Hipolito Unanue. 24
Fecha: 04/05/2022 Hora: 21:24 24
3.1.6. Tratamiento y evolución: Fecha: 04/05/2022 Hora: 21:48. 24
CAPÍTULO IV 27
DISCUSIÓN 27
CONCLUSIONES 29
RECOMENDACIONES 30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 31
ANEXOS 35

RESUMEN

El presente estudio caso clínico tiene por **Objetivo**: analizar el monitoreo electrónico fetal intraparto y el Apgar del recién nacido en el manejo de un caso de alteración del bienestar fetal o llamado también sufrimiento fetal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2022. Para ello se utilizó como **Método:** la revisión y el análisis de la historia clínica completa del caso clínico, lo que permitió la intervención guiada por el procedimiento de monitorización fetal electrónica intraparto lo que es un aporte como evidencia para la detección oportuna y disminuir la morbimortalidad materno perinatal. **Resultado:** se realizo la revisión de una historia clínica para el desarrollo y manejo del caso clínico de una primigesta de 21 años con diagnóstico de embarazo de 39,5 semanas por alteración del bienestar fetal, con dinámica uterina, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico en pródromos de trabajo de parto y con vía permeable referida del Centro de salud San Francisco al llegar al Hospital Hipólito Unanue de Tacna es evaluada por médico ginecologo de turno quien confirma diagnóstico de alteración del bienestar fetal solicita evaluación por anestesiólogo ya que será preparada de emergencia para cesárea. Se obtuvo como resultado un recién nacido de sexo femenino con un peso de 3 120 g, con presencia de líquido meconial, con puntuación de Apgar de 3 al minuto, 7 a los cinco minutos y de 8 a los 10 minutos. **Conclusión**: los hallazgos cardiotocográficos evidenciaron la existencia de alteración del bienestar fetal, del mismo modo el monitoreo electrónico fetal intraparto y la evaluación clínica son medidas importantes. Una vez detectada la alteracion del bienestar fetal se programó una cesárea de emergencia, con Apgar de recuperación inmediata con mejores condiciones de vida.

Palabras clave: Monitorización fetal electrónica, Alteración del bienestar fetal, Trabajo de Parto, Apgar, Gestante

ABSTRACT

The present clinical case study has the objective: to analyze intrapartum electronic fetal monitoring and newborn Apgar in the management of a case of fetal alteration or so-called fetal distress in the Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2022. For this purpose, it was used as a method: the review and analysis of the history complete clinic of the clinical case, which allows intervention guided by the intrapartum electronic fetal monitoring procedure, which is a contribution as evidence for timely detection and decreasing perinatal maternal morbidity and mortality. Result: a review of a clinical history was carried out for the development and management of the clinical case of a 21-year-old primigravida with a diagnosis of delay of 39.5 weeks due to alteration of the fetal stage, with uterine dynamics, lack of vaginal bleeding and loss of amniotic fluid in the predromes of labor and with a permeable route referred to from the San Health Center When Francisco arrives at the Hospital Hipólito Unanue de Tacna, he is evaluated by a gynecologist on duty who confirms the diagnosis of fetal fetal alteration and requests an evaluation by an anesthesiologist who will be prepared for an emergency cesarean section. As a result, a female newborn was obtained weighing 3,120 g, with the presence of meconium fluid, with an Apgar score of 3 every minute, 7 at five minutes and 8 at 10 minutes. Conclusion: cardiotocographic examinations showed the existence of fetal fetal alterations, in the same way intrapartum electronic fetal monitoring and clinical evaluation are important measures. Once fetal changes were detected, an emergency cesarean section was scheduled, with an Apgar score showing immediate recovery and better living conditions.

Keywords: Electronic fetal monitoring, fetal development, labor, Apgar, pregnant woman

INTRODUCCIÓN

El monitoreo fetal electrónico intraparto en las últimas décadas ha permitido mejorar el diagnóstico de la vitalidad fetal, debido al desarrollo de tecnologías que brinda equipos más precisos en el cálculo de las diferentes variables de la cardiotocografía. Con ello se valora los cambios que esta asume cuando el feto presenta un movimiento al cual denomina reactividad es decir las diferentes variaciones de la actividad fetal (1).

Es sustancial tener en cuenta que el monitoreo electrónico fetal intraparto, nos permite distinguir el comportamiento de las diferentes variables de la cardiotocografía fetal y reactividad fetal,muestra los cambios que presenta el tono uterino y que una disminución del bienestar fetal, lo que reflejaría son cuadros asociados a taquicardia, bradicardia, pérdida o incremento de las variables evaluadas; del mismo modo la influencia de las alteraciones en la dinámica uterina, podrían influenciar en el “pronóstico neurológico y desencadenar en hipoxia, asfixia, acidosis, acidemia, hipercapnia entre otros” los mismos que influirían en la valoración del Apgar del recién nacido (2).

El presente trabajo académico tiene por objetivo analizar el monitoreo electrónico fetal intraparto y el Apgar del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2022.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

La identificación oportuna de fetos que en el periodo de dilatación o expulsivo experimenten una alteración del bienestar fetal, con exposición a un mayor riesgo de muerte o enfermedad, se constituye en uno de los más grandes desafíos de la obstetricia moderna, y generó el desarrollo de métodos de vigilancia fetal intraparto, principalmente la auscultación intermitente de los latidos cardio fetales, y el resultado del registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal (3).

El registro cardiotocográfico en la monitorización fetal durante el parto busca conocer el estado del feto para disminuir la morbimortalidad fetal, evitando intervenciones obstétricas innecesarias (1).

La pérdida de bienestar fetal es una alteración metabólica causada por diversos cuadros patológicos del recién nacido, especialmente respiratorios, esto se explica por una variación de los intercambios entre el feto y la madre de evolución rauda, que va alterando el equilibrio homeostático fetal y ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis, lo cual conduce a lesiones y secuelas que lleva a la muerte del feto (3).

Ramírez (4) en su estudio la relación entre el monitoreo cardiotocográfico fetal intraparto y el estado clínico del recién nacido se concluyó que el monitoreo cardiotocográfico intraparto tiene relación con el estado clínico del recién nacido. En el estudio de Miñope (5) realizado en el hospital regional de Tumbes denominado monitoreo fetal electrónico intraparto y su relación con el Apgar del neonato concluye que existe significativa relación entre el monitoreo electrónico fetal

intraparto y el puntaje de Apgar en neonatos, resalta que los trazados anormales predicen un mayor riesgo de asfixia neonatal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2022 murieron en todo el mundo 2,3 millones de niños en los primeros 28 días de vida. Del total de 130 millones de nacimientos la principal causa de muerte fetal y neonatal se debe a problemas relacionados con asfixia perinatal, siendo un gran porcentaje de neonatos que desarrollan secuelas invalidantes. Cada día se producen unas 6500 defunciones de recién nacidos, lo que supone el 47% de todas las muertes de niños menores de 5 años (6).

Por lo expuesto, el presente trabajo académico se justifica metodológicamente en el estudio de un caso clínico cuyo tema está reconocido como una de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú.

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación del monitoreo electrónico fetal intraparto y Apgar del recién nacido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna 2022?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cómo se establece el resultado del monitoreo electrónico fetal intraparto en una gestante atendida en el Hospital Hipólito de Tacna?

¿Cuál es el Apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos, de una gestante con monitoreo electrónico fetal intraparto?

¿Cuáles son los factores de riesgo de la gestante con monitoreo electrónico fetal intraparto?

1.3.- JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Conveniencia: El resultado obtenido del caso clínico permite realizar mejores estimaciones con el propósito de identificar tempranamente un compromiso fetal para un manejo adecuado y oportuno.

Relevancia social: El estudio es trascendental ya que profundiza las bases teóricas que corresponden a la pertinencia del monitoreo fetal. El control del bienestar electrónico fetal intraparto es ciertamente un método confiable para el diagnóstico precoz del sufrimiento fetal y nos permite actuar oportunamente para prevenir la asfixia fetal la cual marcara la vida de ese recién nacido y su consiguiente deterioro intelectual, ocasionando costos elevados para su recuperación o posibles secuelas.

Implicancias prácticas: El análisis del caso clínico me permitió evaluar los hallazgos cardiotocográficos y valorar la importancia del monitoreo intraparto en la labor del personal de obstetricia y neonatología del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.4.- OBJETIVOS:

1.4.1- OBJETIVO GENERAL

Analizar el Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto y el Apgar del recién nacido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2022.

1.4.2- OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Analizar el resultado del monitoreo electrónico fetal intraparto.
- Conocer el Apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos, de la gestante con monitoreo electrónico fetal intraparto.
- Establecer los factores de riesgo de la gestante con monitoreo electrónico fetal intraparto.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Caso clínico: Alteración del bienestar fetal o sufrimiento fetal

2.2 Definición

La alteración del bienestar fetal o llamado también sufrimiento fetal comprende algunas alteraciones funcionales del feto, son interpretadas como un indicador de un estado en el cual peligra la vida para el feto (2).

El sufrimiento fetal es un cambio metabólico múltiple debido a un descenso de los intercambios feto - materno, que lleva a una variación de la homeostasis fetal que conducen a desordenes en los tejidos de forma irreparable ocasionando el deceso fetal (7).

2.3 Clasificación

Sufrimiento fetal agudo

Se presenta en el momento del parto, en un 85% del total se presenta repentinamente durante el parto, por la falta de oxígeno al producto ocurre de forma inmediata. En estos casos, de manera necesaria se causa el nacimiento del producto lo antes posible, ya sea por cesárea de urgencia o por vía vaginal, puede provocar daño cerebral, discapacidades físicas y mentales, e incluso la muerte fetal (8).

Sufrimiento fetal crónico

Se presenta en gran parte de toda la gestación y en forma progresiva. En estos casos lo único que se puede hacer es adelantar el parto siempre que sea posible ya que, al ocurrir de forma progresiva, el feto se encuentra en condiciones poco favorables para su adaptación. Cuando se presentan estas situaciones, se debe intentar corregir para permitir que el feto siga madurando. La hipertensión arterial, la enfermedad renal, la diabetes materna, la enfermedad cardíaca, la preeclampsia y problemas en la placenta son algunos de los factores que ocasionan el sufrimiento fetal crónico (9).

2.4 Incidencia

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, reportó en el 2023 un promedio de 6000 defunciones de las cuales 51% son fallecimientos fetales. La Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN), según evaluaciones realizadas en el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) 2021, es de 8,8 muertes neonatales por 1000 nacidos vivos. Sin embargo, esta tasa presenta variaciones significativas entre departamentos, siendo muy desfavorable en Huancavelica, Puno, Pasco, Amazonas y Ayacucho, donde la TMN entre 13 y 21 por 1000 nacidos comparado a Tacna, Moquegua, Lima, Callao e Ica, que presentan tasas más bajas, entre 5 y 7 por 1000 nacidos vivos. Esta TMN nacional estima que para el 2021 habrían ocurrido 4200 muertes neonatales, un número similar de muertes fetales anualmente en el país. La mortalidad neonatal en los ultimos diez años es considerada un problema prioritario de salud pública (10).

2.5 Etiología

Las causas que pueden provocar sufrimiento fetal son:

Factores maternos: pacientes diabéticas, hipertensas, gestantes con anemia o problemas pulmonares que provocan falta de oxígeno, y otras causas que pueden reducir el flujo de sangre materna hacia la placenta, debido a los cambios de posición y forma que sufre el útero en los últimos meses de gestación y que durante la contracción uterina provoca la compresión de la aorta y/o de las arterias iliacas contra la columna vertebral “Efecto Poseiro” (7).

Factores fetales: anemia fetal, retardo del crecimiento intrauterino, arritmias.

Factores placentarios: desprendimiento de placenta, placenta previa, compresión del cordón umbilical.

Otros factores: contracciones demasiado frecuentes (taquisistolia), oligohidramnios, presión arterial anormalmente baja, parto difícil o parto rápido (7).

2.6 Factores de riesgo o factores determinantes

Son circunstancias que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño como tal, según las Guías de Prácticas Clínicas y procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal (2018) tenemos: (11).

Reducción del flujo sanguíneo a través del cordón umbilical

- Circular de cordón
- Nudos verdaderos

- Prolapso de cordón

Uso de medicamentos

- Analgésicos
- Anestésicos

Factores maternos:

- Anemia severa
- Alteración de la contracción uterina (taquisistolia)
- Desequilibrio acido – base
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Diabetes mellitus
- Cardiopatías
- Embarazo prolongado
- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Hemoglobinopatías
- Shock o hipotensión materna (efecto poseiro)
- Isoinmunizacion Rh
- Prematuridad
- Sepsis (11).

Iatrogenias: uso de diuréticos, oxitocina, anestésicos, sedantes, aminas, betamiméticos (11).

2.7 Fisiopatología

Son varios los factores que determinan el bajo volumen sanguíneo en el espacio intravelloso producto de la contracción uterina sobre los vasos sanguíneos, la hipertensión arterial que produce constricción, la hipertensión venosa de los vasos placentarios; la alteracion del

bienestar fetal es producto del bajo volumen sanguíneo que reduce el aporte de oxigeno materno y disminución del flujo fetal por las vellosidades coriales; este diferencial de presiones ocasiona estasis en el medio interno uterino provocando hipoxia, hipercapnia y acidosis. Este descenso de oxígeno fetal, con lleva a una respuesta adaptativa de taquicardia por la liberación de catecolaminas ordenada por el sistema nervioso simpático, como: “vasopresina, adenina, adenosina, endotelinas, metabolitos de prostaglandinas y prostaciclinas” produciendo respuesta de la frecuencia cardiaca fetal, así como una respuesta metabólica a través de la glucolisis anaeróbica que produce un aumento del anhidrido carbónico con acumulación del ácido láctico, causando “hipoxia fetal, hipercapnia fetal, encefalopatía neonatal, parálisis cerebral y muerte perinatal” (7).

2.8 Formas clínicas

Clínicamente la alteración del bienestar fetal o sufrimiento fetal se evidencia por las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal y la expulsión de meconio, la evaluación del líquido amniótico con tinte meconial ha cambiado poco a lo largo del tiempo. La gravedad de la noxa y la capacidad de los mecanismos de nivelación del feto son coadyuvantes para la recuperación del cuadro clínico (12).

Clínicamente puede presentarse:

- Un patrón de frecuencia cardiaca fetal no tranquilizador
- Desaceleraciones tardías repetitivas
- Frecuencia cardiaca fetal sostenida <80lpm.
- PH del cuero cabelludo fetal < 7,0
- Líquido amniótico teñido de meconio
- Restricción del crecimiento intrauterino

Otras pruebas de bienestar fetal:

- Cardiotocografía
- Ecografía obstétrica
- Ecocardiografía fetal (11).

2.9 Exámenes auxiliares

2.9.1 Monitoreo electrónico fetal

Permite una evaluación continua y detallada de la frecuencia cardíaca fetal y los patrones de bienestar del feto. A través del monitoreo electrónico fetal, se pueden detectar signos de sufrimiento fetal que pueden estar asociados con la disminución del líquido amniótico, como variaciones en la frecuencia cardíaca que podrían indicar la necesidad de intervención inmediata. Además, el monitoreo electrónico fetal también puede ayudar a identificar complicaciones adicionales asociadas con el oligohidramnios, como la restricción del crecimiento fetal o la presencia de anormalidades que puedan requerir atención especializada. Este método utiliza un cardiotocógrafo de 2 canales (transductores) que registra de forma continua y simultánea la información en un papel térmico (13).

En la monitorización electrónica fetal se valora los siguientes parámetros:

Frecuencia Cardíaca Fetal Basal:

Es el promedio de la Frecuencia cardiaca fetal (FCF) expresada en latidos por minuto (lpm), excluyendo las aceleraciones y desaceleraciones. La observación se realiza durante 10 minutos, en la que debe haber por lo menos 2 minutos de FCF estable, no

necesariamente continuos. Su indemnidad está sujeta al sistema nervioso autónomo (14).

Patrón de normalidad eutocárdico: 110-160 lpm.

Variabilidad de la Frecuencia Basal:

Son las fluctuaciones de la FCF en la línea de base, presentan irregularidad en amplitud y frecuencia. Es una característica muy importante debido a que representa un buen control neurológico, es útil para determinar la gravedad de la hipoxia fetal, es así que los fetos con buena variabilidad y patrones de desaceleración tienen generalmente un buen pronóstico. Cuando el feto está activo y alerta, la variabilidad es aumentada o normal, cuando el feto es afectado por cualquier causa, la variabilidad es reducida (14).

Ante la falta de especificidad y una interpretación subjetiva, el National Institute of Child Health and Human Development, sugirió clasificar en:

- Ausente: cuando la amplitud está ausente, es indetectable.

- Mínima: amplitud mayor a indetectable y menor a 5 lpm.

- Moderada: amplitud de 6 a 25 lpm.

- Marcada: mayor a 25 lpm.

Aceleraciones: Es cuando un feto muestra un incremento de la FCF frente a un impulso, ya sea interno o externo. la principal característica es que, si es un feto a término, debe subir al menos 15 latidos y durar 15 segundos, si es prematuro, sólo es 10 latidos y 10 segundos de duración. Si encontramos al menos 2 aceleraciones, en 10 minutos, estaremos entonces ante un trazado reactivo.

Desaceleraciones: Corresponden a episodios transitorios de disminución de la FCF basal, iguales o mayores a 15 lpm que duran 15 o más segundos. Debe observarse durante 30 minutos para descubrir cuál es el patrón predominante de las desaceleraciones y se clasifica en: (14).

- **Desaceleración precoz o temprana:** los latidos cardio fetales disminuyen progresivamente y se recuperan, coincidiendo con el inicio y término de la contracción uterina, y se cuantifica desde el comienzo al nadir de la contracción. La disminución de la FCF ≥ a 30 segundos desde el comienzo hasta el nadir. En la mayoría de los casos la desaceleración desde su inicio al nadir y su recuperación coincide con el comienzo del acmé y término de la contracción (14).
- **Desaceleración tardía:** si bien la disminución y recuperación de la FCF está asociada a la contracción uterina, la desaceleración no es simultánea ocurriendo el nadir después del acmé de la contracción, hay un desfase de 15 a 20 segundos post acmé, es de mayor duración y poca amplitud. Están asociadas a hipoxia fetal por insuficiencia placentaria.

- **Desaceleración variable:** son disminuciones intermitentes con diferentes configuraciones entre cada desaceleración el descenso y ascenso (decalage) son de pendiente brusca casi vertical. La disminución de la FCF se contabiliza desde el comienzo al nadir de la contracción esta disminución es mayor a los 15 lpm, con una duración mayor a 15 segundos y menor a 2 minutos. Su presencia puede indicar: integridad del Sistema Nervioso Central (SNC), compresión funicular y amérita descartar procúbito o procidencia de cordón en el trabajo de parto. Si son repetidas o intensas puede ocasionar daño cerebral (14).

- **Desaceleración prolongada:** es el descenso de la FCF de la línea de base de al menos 25 latidos, y con una duración de 90 segundos a más, pero menos de 10 minutos, las que perduran mayor o igual a 3 minutos pueden indicar hipoxia (14).

2.9.2 Monitoreo fetal intraparto

El control del bienestar fetal intraparto es la vigilancia continua de la frecuencia cardiaca fetal en relación a los movimientos fetales y la dinámica uterina, en la que se interpretan las características registradas para la evaluación del bienestar fetal durante el trabajo de parto de manera continua (14).

El principal objetivo del control del bienestar fetal intraparto es la prevención de resultados perinatales adversos, identificando la acidemia e hipoxemia fetal cuando aún todavía es reversible

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), plantea un sistema de interpretación basado en tres categorías (I, II y III) una escala validada para unificar los conceptos sobre el control del bienestar fetal (monitoreo fetal) en relación con el riesgo teórico de hipoxemia. Cada una de ellas se relaciona con la vitalidad fetal, siendo la categoría I la de excelente pronóstico y la categoría III la de peor pronóstico (15).

Categoría I

- Línea de base: 110 – 160 latidos por minuto
- Variabilidad: Moderada
- Ausencia de desaceleraciones tardías o variables
- Presencia o ausencia de desaceleraciones tempranas
- Presencia o ausencia de aceleraciones

Categoría II

Los trazados de la FCF de categoría II incluyen todos los trazados de la frecuencia cardiaca fetal, incluidos en la categoría I y III.

Categoría III

La Categoría III incluye cualquiera de los trazados siguientes:

- Ausencia de variabilidad de la línea de base
- Desaceleraciones tardías recurrentes
- Desaceleraciones variables recurrentes
- Bradicardia
- Patrón sinusoidal (15).

Contracciones Uterinas: Una contracción uterina es la tensión y relajación rítmica de los músculos del útero. Pueden ocurrir en el útero no gestante y en el gestante (16).

- **Dinámica uterina:** Es la secuencia coordinada y efectiva de las contracciones uterinas, y es esencial para la valoración de la respuesta fetal ante el estrés de la contracción. El monitor fetal permite identificar las características de la dinámica uterina:
- - Tono basal, es la presión más baja entre 2 contracciones.
- - Frecuencia de las contracciones, es el intervalo entre 2 contracciones consecutivas, se cuantifican en una ventana de 10 minutos y se promedia a lo largo de 30 minutos. Se considera normal cuando es menor e igual a 5 contracciones en 10 minutos, y cuando es mayor a 5 contracciones en 10 minutos se denomina taquisistolia.
- - Intensidad, se refiere al nivel de contracción de la musculatura uterina, cuyo valor promedio es de 30 a 50 mmHg
- - Duración, período entre el comienzo y finalización de una contracción, cuyo valor promedio esta entre los 30 a 90 segundos (16).

2.9.3 Ecografía obstétrica:

Los exámenes de ultrasonido o llamado también sonografía del embarazo requieren una evaluación directa por ser parte integral de las pruebas de vigilancia fetal como el Perfil Biofísico Fetal (PBF), indicado desde las 28 semanas, combinado con el NST, por lo que desempeña un papel fundamental en el diagnóstico de complicaciones asociadas con el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), oligohidramnios, como la presencia de malformaciones fetales o anomalías en el desarrollo del feto(17).

2.9.4 Test de Apgar:

Es una estimación inmediata realizada en el primer minuto del nacimiento con el objetivo de conocer el estado general del recién nacido, y se considera a los cinco minutos para estimar la condición neuropática. El primer minuto determina qué tan bién el recién nacido toleró el transcurso del nacimiento. “Se considera que un puntaje entre 7 y 10 es un Apgar normal, la puntuación de 4 a 6 implica una depresión respiración moderada, y una puntuación entre 0 a 3 implica una depresión respiratoria severa” (18).

PARÁMETROS DEL TEST DE APGAR:

Color de piel

Se observa el color de la piel:

- Si presenta un color de piel azul pálido, el puntaje es 0.
- Si los brazos y piernas son azules y el color del recién nacido es rosado, el puntaje es 1.

• Si todo el cuerpo es rosado, el puntaje es 2.

Frecuencia cardiaca

Este aspecto se evalúa en 1 minuto:

• Si el recién nacido no presenta latidos, el puntaje es 0.
• Si los latidos están en menos de 100 por minuto, el puntaje es 1.
• Si son mayores a 100 latidos por minuto, el puntaje es 2.

Irritabilidad por reflejo

Se observa al recién nacido en su totalidad:

• Si no se observa ninguna reacción, el puntaje es 0.
• Si hace muecas o gesticulaciones, el puntaje es 1.
• Si manifiesta llanto vigoroso, estornudo o tos, el puntaje es 2.

Tono muscular

• Si se observa flacidez, se asigna 0.
• Si se evidencia algo de tonicidad muscular, se asigna 1.
• Si se observa movimiento activo, se asigna 2.

Respiración

• Si el recién nacido no respira el puntaje es 0.
• Si se evidencia dificultad respiratoria, el puntaje es 1.
• Si se evidencia llanto enérgico, el puntaje es 2 (19).

2.10 Tratamiento

Las maniobras y técnicas son procedimientos que están orientadas a modificar las variaciones del intercambio feto materno para mejorar el aporte de oxígeno al feto. Si persiste el cuadro clínico, se debe extraer

al feto por el procedimiento que corresponda según las circunstancias, ya que el SFA es un estado de shock . Este diagnóstico hace referencia a que no se puede cértificar el bienestar fetal en lo posible debería tratarse de reanimar al feto intraútero antes de extraerlo. La reanimación intrautero con drogas uteroinhibidoras y la administración de oxígeno a la madre. Un potente uteroinhibidor es “La Orciprenalina droga B estimulante con escasa acción sobrereceptores alfa lo que la convierte en el medicamento de elección para el tratamiento del sufrimiento fetal agudo intraparto” Las medidas de reanimación intrauterina deben en general ser mantenidas hasta el parto (17).

2.11 Complicaciones

El estado fetal no tranquilizador durante el parto y la gravedad de estas dependerá de factores como la duración y la intensidad del sufrimiento fetal, así como de la rápidez con que se tomen medidas para abordar el problema (20).

Daño cerebral: La falta de oxígeno y la duración de la misma dependerá sobre el daño neurológico.

Problemas neurológicos: La parálisis cerebral es un trastorno neurológico que afecta la función motora y el control muscular.

Problemas respiratorios: La falta de oxígeno puede afectar los pulmones del recién nacido, dando lugar al síndrome de dificultad respiratoria (SDR) y otros problemas respiratorios.

Daño a tejidos y organos: La carencia de oxígeno prolongado afecta los tejidos y órganos del futuro recién nacido.

Problemas cardíacos: El sistema cardiovascular se ve afectado por la falta de oxígeno al futuro recién nacido.

Complicaciones en el sistema nervioso central: se refleja en el sufrimiento fetal comprometiendo el sistema nervioso central, a través de espasmos musculares y la presencia de convulsiones.

Problemas cognitivos y de desarrollo: Durante el parto ante una falta de oxígeno esta tiene repercusión en el desarrollo cognitivo del niño (20).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

3.1 ANAMNESIS:

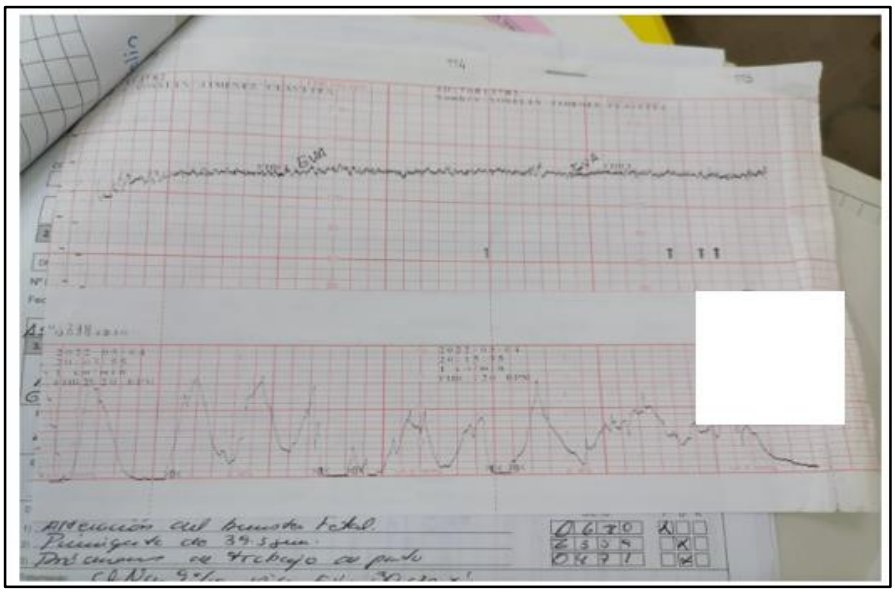
3.1.1. Filiación:

Fecha de Atención: 04/05/2022 HORA: 21:24
Historia Clínica: 544153
Lugar de Atención: Hospital Hipólito Unanue Tacna
Apellidos y Nombres: Y.J.C.
Edad: 21 años
Estado Civil: Conviviente
Ocupación: Ama de casa
Domicilio: Pampas de Viñani.

3.1.2. Enfermedad actual:

Paciente referida del Centro de Salud San Francisco por alteración del bienestar fetal, con dinámica uterina, niega sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico.

Cardiotocografía:
Fecha: 04/05/2022. Hora: 20:05



Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1.-Línea de base	<100 ó >180	100-119 161-180	120-160	2
2.-Variabilidad	<5 <3	5-9 ó >25 3-6	10-25 >6	0
3.-Aceleraciones /30 min.	0	5-9 ó 1-4 esporádicos	>5	0
4.- Desaceleraciones	DIP II >60% DIP III>60%	DIP II<40% Variables <40%	Ausentes	2
5.-Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	>5	1
			Puntaje Total	5/10

NST: Tests activo, no reactivo

Motivo de estudio: Alteración del bienestar fetal

Fecha de última menstruación (FUM): 29/07/2021

Fecha probable de parto (FPP): 05/05/2022

Edad Gestacional (EG): 40 semanas por FUM

3.1.3. Antecedentes personales:

a) Fisiológicos:

Ninguno.

b) Patológicos:

Ninguno.

c) Gineco – Obstétricos:

Menarquia: 12 años
Régimen catamenial: 4/30
Inicio de actividad sexual: 20 años
Andría: 1
Uso de Método anticonceptivo: Barrera.
Infeccion de transmisión sexual: No.

d) Embarazo actual

FUM: 29/7/2021
FPP: 5/5/2022
G:1 P:0000
Edad gestacional: gestante de 39,5 semanas.
N° de Atenciones prenatales : 6
Infección del tracto urinario (ITU) en tratamiento.

e) Antecedentes Familiares:

Padres, hermanos y esposo aparentemente sanos.

f) Antecedentes Socioeconómicos:

No registra.

g) Hábitos y costumbres:

No registra.

3.1.4. Examen Clínico:

Al ingreso por emergencia a hospital

Examen físico general: Fecha: 04/05/2022 Hora: 21:35

Funciones vitales: temperatura: 36,4°C. Presión arterial: 110/70 mmHg. Pulso: 61 lpm. Frecuencia respiratoria: 20 por minuto.

Mediciones antropométricas: Peso: 70 kg. Talla: 157cm

Funciones biológicas: Sed: normal, Apetito: normal, Sueño: conservado, Micción: conservado, Deposición: conservada.

Examen regional:

Cabeza: Central y normocéfalo

Ojos: simétricos

Nariz: piramidal

Pabellón auricular: conformado

Boca: simétricos y húmedos

Cuello: central

Tórax y pulmones: buen pasaje en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: rítmicos regular, no soplos

Examen Obstétrico:

Mamas: simétricas, pezones formados.

Abdomen: blando, depresible, altura uterina: 31 cm, latido cardíaco fetal: 136 lpm. Feto único: en situación longitudinal, presentación cefálica, posición izquierda. Al tacto vaginal: cuello uterino blando dilatación: 4cm, borramiento: 90%, altura de presentación: -3, variedad de presentación: no precisable, membranas: integras. Pelvimetría clínica: pelvis ginecoide.

Miembros inferiores: sin edema, no várices.

3.1.5. Impresión diagnóstica:

Al ingreso por emergencia a Hospital Hipolito Unanue.

Fecha: 04/05/2022 Hora: 21:24

1. Primigesta de 40 semanas por FUM
2. Trabajo de parto fase activa
3. Alteración del bienestar fetal Dip III
4. Descartar insuficiencia placentaria
5. Infección del tracto urinario

3.1.6. Tratamiento y evolución: Fecha: 04/05/2022 Hora: 21:48

a) Monitoreo fetal intraparto

b) Análisis de laboratorio: Grupo sanguíneo y factor Rh, hemoglobina, recuento de plaquetas, tiempo de coagulación y sangría.

c) Indicación de Cesárea

Plan Terapéutica:

1. Hospitalización a paciente
2. Nada por vía oral

3. Solución salina 0,9%
4. Alteración de la latidos fetales
5. Control de funciones vitales
6. Preparar para sala de operaciones

3.1.7. Exámenes auxiliares: Fecha: 04/05/2022 Hora: 22:35

Hemoglobina: 12, 9 g/dl
Hematocrito: 39%
Plaquetas: 253 ul
Tiempo de coagulación: 5,30 segundos.
Grupo sanguíneo y RH: O+
Tiempo de sangría: 2,30 min.
Glucosa: 108,3 mg/dl
Orina: (+)
Sedimento urinario:
Leucocitos: 30 – 40 x campo.
Hematíes: 0 -1 x campo.
Cel. Epiteliales: Abundante
Gérmenes: 2+

ATENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO

Fecha: 05/05/2022 Hora: 00:45

Diagnóstico preoperatorio:

1. Gestante de 40 semanas por FUM
2. Trabajo de parto en fase activa
3. Sufrimiento fetal agudo
4. ITU

Diagnóstico postoperatorio: Fecha:05/05/2022 Hora: 03:20

1. Parto distócico cesárea por alteración del bienestar fetal
2. Anemia leve
3. ITU en tratamiento

4. Operación: Cesárea Segmentaria

Hallazgos:

Recién nacido vivo deprimido que tuvo 3 de Apgar al nacer que necesitó de reanimación para mejorar su condición de vida, el cual fue atendida por médico pediatra especialista de turno quien haciendo uso de las técnicas de reanimación pudo recuperar rápidamente al recién nacido mejorando asi su apgar de 7 a los 5 minutos y 8 a los 10 minutos.

Características del recién nacido:

Sexo: Femenino

Talla: 49 cm.

Peso: 3 120 g

Apgar: 1´= 3, 5´ = 7, 10´= 8

Placenta: completa normal, tamaño 15 x 20 cm.

Líquido amniótico: con presencia de liquido verde meconial

Cordón umbilical: normal 2 arterias,1 vena

HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 05/05/2022 Hora: 03:20

PA:110/70 mmHg, FC: 84x´ FR: 16x´ T°: 36.7 °C

Paciente con funciones vitales estables, funciones biológicas conservadas, con dolor en herida operatoria, disminución de loquios, aparente buen estado general, tórax y pulmones, buen pasaje en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: rítmicos regular, No soplos.

Abdomen: Blando útero contraído AU: 16cm. Herida operatoria en aparente buenas condiciones.

Genitales externos: escasos loquios, sin mal olor

Plan: útero control, analgésicos, Hb control.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Se describe el presente caso clínico de una gestante atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, referida del Centro de Salud San Francisco con diagnóstico al ingreso por emergencia de primigesta de 40 semanas en trabajo de parto, con alteración del bienestar fetal, con vía endovenosa permeable con CLNa 9°/°° a 30 gotas por minuto. Se encontraba en trabajo de parto fase activa y monitoreo fetal con resultado de monitoreo donde se evidenciaba la alteración del bienestar fetal.

El monitoreo electrónico fetal intraparto en este caso clínico evidenció que el bienestar de este feto estaba en grave riesgo de muerte, según la hoja de monitorización - 02 adjunta en la historia clínica realizada durante el periodo de trabajo de parto en donde registraba desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal y disminución de la variabilidad en el trazado del monitoreo fetal de 98 latidos por minuto, sin mostrar variabilidad siendo valorada como categoría III, considerado patológico.

Se obtuvo un recién nacido con 3 de Apgar al minuto de nacido con presencia de líquido meconial verdoso, quien con las técnicas de reanimación pudo recuperarse rápidamente obteniendo 7 a los 5 minutos y 8 a los 10 minutos, quien fue atendido por pediatra de turno.

Al análisis del caso clínico se considera como factores de riesgo el factor paridad (nulipara) y la infeción de tracto urinario.

Al igual que la investigación realizada por Valenzuela (21) sobre la relación del monitoreo electrónico fetal intraparto con la puntuación del APGAR al nacer, en la cual se encontró un porcentaje menor que presentó

depresión moderada cuyo resultado del monitoreo electronico fetal intraparto fue patológico, coincide con el caso presentado. Al revisar a Ramírez N y cols.(4) evidenció en su estudio, ante trazados del monitoreo intraparto con resultado positivo tuvo efecto en neonatos reflejado en el Apgar al nacimiento.

Según Del Águila Arevalo en su estudio (22). concluyo que si existe relación del valor predictivo de la cardiotocografía intraparto y el Apgar de recién nacido.

El manejo en este caso clínico, sigue los parámetros de las guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatologia del Instituto Nacional Materno Perinatal, acorde a ello, se reconoce la acción inmediata que asumió el personal de guardia al considerar los resultados del trazado cardiotocográfico en la gestante y así evitó complicaciones.

Se cuenta con un primer trazado NST del Centro de Salud San Francisco mas no con uno del Hospital Hipólito Unanue, es necesario mencionar que el monitoreo durante el periodo de trabajo de parto no quedó evidenciado de manera física, el trazado en este caso clínico el monitoreo electronico fetal intraparto solo se describe en la historia clínica - hoja de monitorización – 02.

CONCLUSIONES

1. Al análisis del resultado del monitoreo electrónico fetal intraparto se puede evidenciar la disminución de la frecuencia cardiaca fetal y la disminución de la variabilidad, los cuales son parámetros de la categoría III.

2. El resultado del Apgar obtenido al minuto de vida fue de 3 el cual es desfavorable para la vitalidad fetal y a los cinco minutos 7 el recién nacido recuperó su vitalidad, que refleja la relación del monitoreo electrónico fetal con el Apgar del recién nacido. Así mismo se continuo con la evaluación del Apgar a los 10 minutos fue de 8.

3. Los factores de riesgo encontrados en el presente caso clínico son la primiparidad y la presencia de ITU.

4. Al análisis clínico si existe relación entre el Apgar y el monitoreo electrónico fetal intraparto nos ayuda a valorar el trabajo de parto y las posibles consecuencias sobre el Apgar.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales obstetras encargados de la atención prenatal: valorar la importancia de la realización del monitoreo electrónico fetal como ayuda diagnóstica, para la identificación oportuna de alteraciones del bienestar fetal.

2. A los profesionales de la salud en relación a la atención materno perinatal brindar la importancia del monitoreo electrónico fetal intraparto, así mismo en el área de emergencia donde se realice monitoreo fetal ante parto e intraparto y su estrecha relación con la valoración del test de Apgar.

3. A las autoridades del ministerio de salud fomentar la actualización de las guías en el manejo del monitoreo electrónico fetal dirigido al profesional obstetra, con énfasis en la identificación de factores de riesgo en la gestante.

4. A los directores de los establecimientos de salud del primer nivel de atención promover la implementación con un monitor electrónico fetal para una mejor evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez C, De A, González T. Monitoreo Fetal Intraparto. 2023;1–11. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sagoandalucia.com/docs/guias/Perinatal/monitorizacionFetalIntraparto.pdf

2. Castelazo Ayala L. Sufrimiento fetal. Causas. Conducta a seguir [Internet]. Vol. 77, Ginecologia y Obstetricia de Mexico. 2009. 114–120 p. Available from: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26890

3. Alfirevic Z, Devane, DAlfirevic Z, Devane D GGC cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring. 2017;1(2):1–4. https://www.cochrane.org/es/CD006066/PREG_cardiotocografia-continua-ctg-como-forma-de-monitorizacion-fetal-electronica-para-la-evaluacion

4. Ramírez López N. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI. Rev Cienc Multidiscip CUNORI [Internet]. 2019;3(1):11–7. Available from: http://revistacunori.com

5. Miñope Hernández AL. Monitoreo fetal electrónico intraparto y su relación con el Apgar del neonato en el Hospital Regional de Tumbes, 2023 [Internet]. peru; 2024. Available from: https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/65536

6. Organizacion Mundial de la Salud.recomendaciones para un parto positivo. MORTALIDAD OMS. In: 2024 [Internet]. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality

7. Vispo S, Meana J, Karatanasópuloz C, Casal JP, Casal JI. Sufrimiento Fetal Agudo: Revisión. Rev Posgrado la VIa Cátedra Med [Internet]. 2002;1(1):21–6. Available from: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista112/suf_fet_agu.htm

8. Perez DPT. Sufrimiento Fetal Agudo. 1:1–18. Available from: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/13/395/c.php

9. Diaz Bautista LI. Monitoreo electrónico fetal intraparto y Apgar del recién nacido. Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca. monitoreo electronico fetal intraparto y apgar del recien nacido. hospital jose soto cadenillas - chota, 2018; 2019. Available from: http://hdl.handle.net/20.500.14074/3195

10. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades peru 2023. ANÁLISIS Y SITUACIÓN DE SALUD Situación epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal . Perú , 2023 (SE 1- 45). 2023;2023:1128–33. Available from: extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boleti

11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guia de práctica clinica y de procedimientos en obstetricia y perinatologìa [Internet]. Vol. 2ª edicion, Ministerio de Salud. 2023. 87 p. Available from: https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias de Practica Clinica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatologia del 2018.pdf

12. Napoles Mendez D. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. Medisan [Internet]. 2013;17(3):1–10. Available from: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300014

13. Parto temprano planificado versus manejo expectante del bebé a término con sospecha de compromiso para mejorar los resultados [Internet]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26599471/

14. Hospital Universitario Donostia. Guía de monitorización electrónica fetal [Internet]. Vol. 1, Osakidetza. Hospital Materno Infantil (2013). Guía de Monitorización electrónica fetal intraparto. Donostia. Unidad de Comunicación.; 2013. 1–65 p. Available from:

http://www.simulacionobsgin.com/1/upload/guia_monitorizacion.pdf

15. Godoy V P camila, Acuña P C, Caicedo G, Angela patricia Rosas P D, Paba R S patricia. Monitoreo fetal : principios fisiopatológicos y actualizaciones [Internet]. Vol. 60. 2022. 47–70 p. Available from: https://ago.uy/publicacion/1/numeros/16/articulo/monitoreo-fetal-principios-fisiopatologicos-y-actualizaciones

16. Santonja-Lucas J. FISIOLOGIA DEL PARTO I: Causas y Elementos del Parto. 2020;2:1–25. Available from: https://www.uv.es/jose.j.santonja/Parto/Causas y Elementos del parto 98.pdf

17. Paredes Gutierrez M evelin. valor predictivo del monitoreo electronico fetal intraparto en el diagnostico de sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el hospital santa gema. yurimaguas. enero - junio, 2019. [Internet]. universidad nacional Hemilio Valdizan; 2020. Available from: file:///C:/Users/Lenovo/Desktop/YURIMAGUAS.pdf

18. Chilipio Chiclla MA, Atencio Castillo KE, Santillán Árias JP. APGAR perinatal predictors persistently low at 5 minutes in a Peruvian Hospital. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2021;21(1):40–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000100040&script=sci_abstract&tlng=en

19. Electrónico M, Su FY, Con R, Llontop OP, Cornejo OV, José W, et al. UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN Facultad de Ciencias de la Salud Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia. 2023;

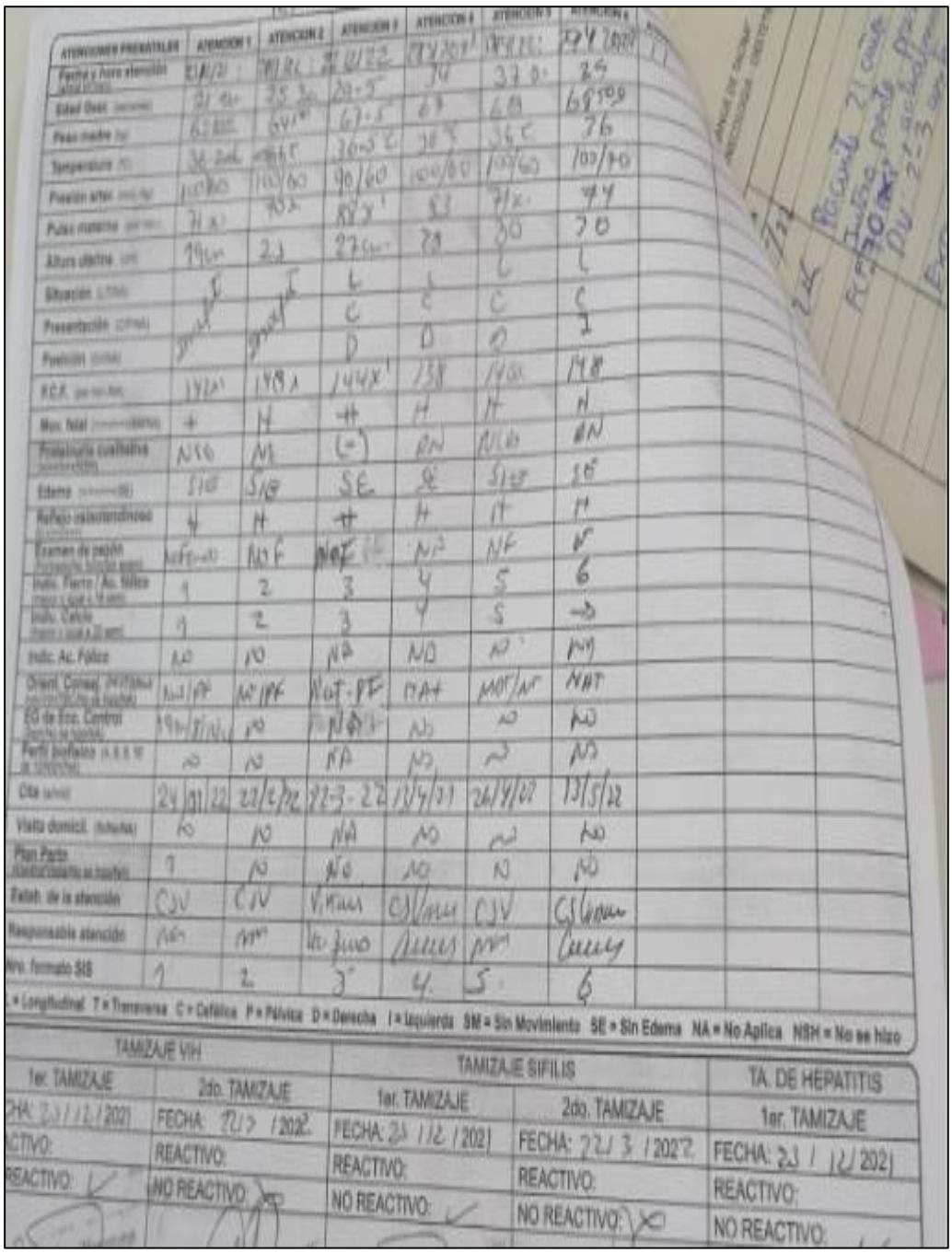
20. IMSS. Diagnóstico y Tratamiento de la Asfixia Neonatal, Guia de Práctica Clínica. 2016;1–16. Available from: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/632GRR.pdf

21. Valenzuela Terres L. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Univ Nac

Hermilio Vald [Internet]. 2015;1–86. Available from: http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/3031

22. Del Águila Arévalo R. Valor predictivo de la cardiotocografía intraparto en relación con el apgar de recién nacidos de pacientes atendidas en el Hospital II-E-banda de Shilcayo , Para optar el Título de Especialista en Monitoreo Fetal from: https://hdl.handle.net/20.500.13053/11522

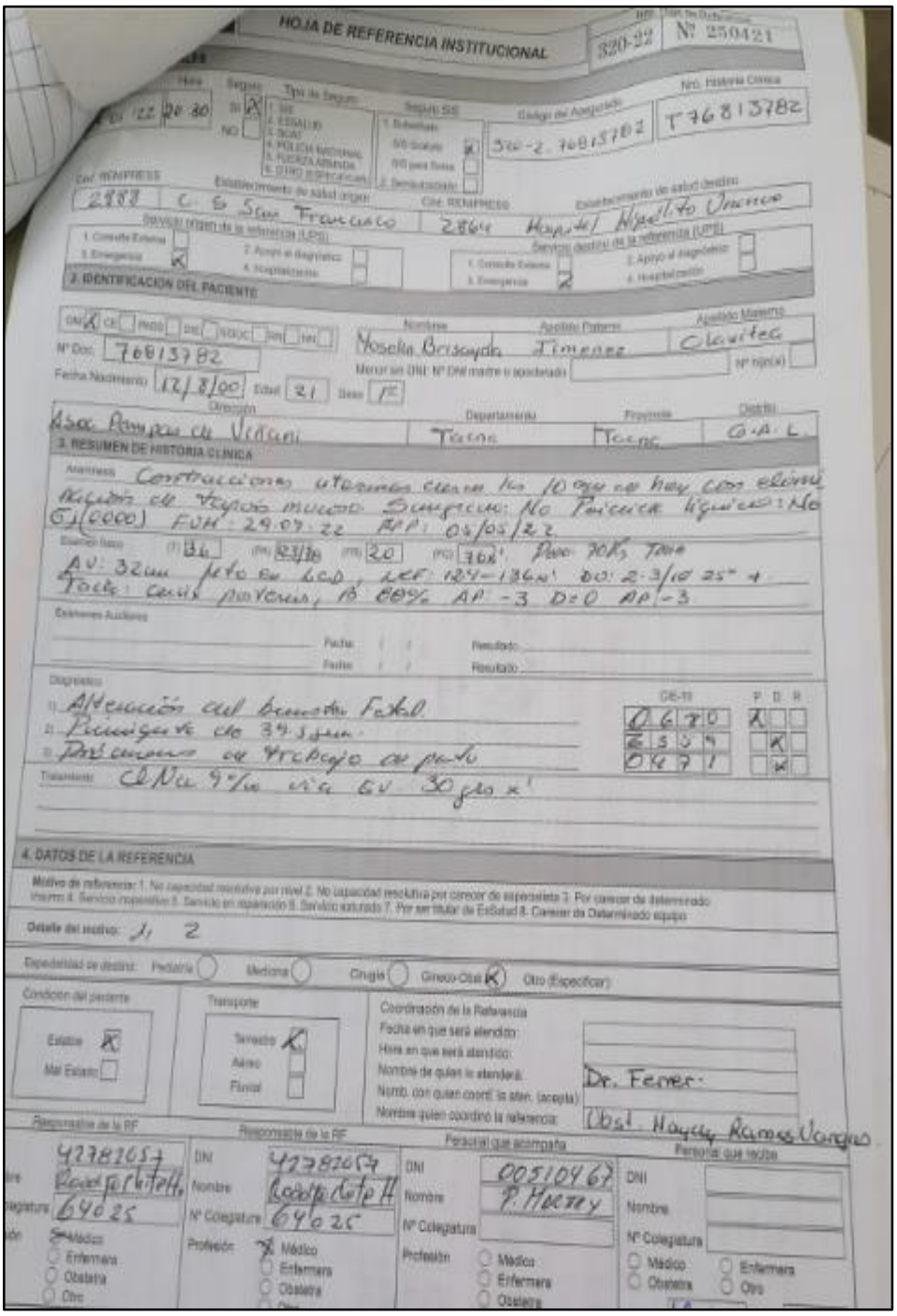
ANEXOS



ATENCIONES PRENATALES	ATENCION 1	ATENCION 2	ATENCION 3	ATENCION 4	ATENCION 5	ATENCION 6
Fecha y hora atención	23/12/21	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	22/2/2022
Edad Gest. (semanas)	21 sem	25 3/7	29-5	30	37 3/7	35
Peso madre (kg)	62.800	64.1	67.5	69	69	68.100
Temperatura (°C)	36.2ºC	36.5	36.5°C	36.5	36.5	36
Presión arter. (mm/Hg)	110/60	110/60	90/60	100/60	110/60	100/70
Pulso materno (por min.)	71 x'	70 x'	82 x'	83	71 x'	74
Altura uterina (cm)	19cm	22	27cm	28	30	30
Situación (LONG.)	L	L	L	L	L	L
Presentación (CEFAL.)	C	C	C	C	C	C
Posición (DORSAL)	D	D	D	D	D	D
F.C.F. (por min. fet.)	142 x'	148 x	144 x'	138	140 x	148
Mov. fetal (presente/ausente)	+	M	+	M	M	M
Proteinuria cualitativa (cruces/tiras)	NSO	NS	(-)	RN	NSO	RN
Edema (presente/ausente)	SIO	SIO	SE	SE	SIO	SE
Ruñido cardiotocógrafico (presente/ausente)	+	M	+	M	M	M
Examen de mama (normal/anormal)	NORMAL	NOR	NOR	NS	NR	NR
Indic. Pierre / Ac. Nitrico (mayor 1 igual a 10 seg)	1	2	3	4	5	6
Indic. Calcio (mayor 1 igual a 10 seg)	1	2	3	4	5	6
Indic. Ac. Fólico	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Orient. Consej. (N°/Fecha de inscripción)	NO/PF	NO/PF	NO/PF	NO	NO/NO	NO
EG de Ecc. Control (Semana de control)	19s/5/NO	NO	NO/PF	NO	NO	NO
Perfil biofísico (A.B.S.V. de control)	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Cita (día)	24/01/22	23/2/22	22-3-22	13/4/22	26/4/22	13/5/22
Visita domicil. (fecha/No)	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Plan Parto (Condiciones de su hogar)	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Relat. de la atención	CJV	CJV	V.Mauri	CJV	CJV	CJV
Responsable atención	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Nro. formato SIS	1	2	3	4	5	6

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo

TAMIZAJE VIH		TAMIZAJE SIFILIS		TA. DE HEPATITIS
1er. TAMIZAJE	2do. TAMIZAJE	1er. TAMIZAJE	2do. TAMIZAJE	1er. TAMIZAJE
FECHA: 23/12/2021	FECHA: 22/3/2022	FECHA: 23/12/2021	FECHA: 22/3/2022	FECHA: 23/12/2021
REACTIVO:	REACTIVO:	REACTIVO:	REACTIVO:	REACTIVO:
NO REACTIVO: ✓	NO REACTIVO: ✓	NO REACTIVO: ✓	NO REACTIVO: ✓	NO REACTIVO: ✓



HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

320-22 Nº 259421

Nro. Historia Clínica: T76813782

Hora: 12:20

Seguro: SI X NO

Tipo de Seguro: 1. SIS 2. ESSALUD 3. SOAT 4. POLICIA NACIONAL 5. FUERZA ARMADA 6. OTRO (ESPECIFICAR)

Seguro SIS: 1. Subsidiado 2. Semicontributivo

Código del Asegurado: 30-2-76813782

Cód. RENIPRESS: 2883

Establecimiento de salud origen: C. S. San Francisco

Cód. RENIPRESS: 2864

Establecimiento de salud destino: Hospital Hipolito Unanue

Servicio origen de la referencia (UPS): 3. Emergencia X

Servicio destino de la referencia (UPS): 3. Emergencia X

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

DNI X CE PASS DIE SSOC SIN NN

Nº Doc: 76813782

Nombres: Noelia Briseyda

Apellido Paterno: Jimenez

Apellido Materno: Cleveteo

Menor sin DNI: Nº DNI madre o apoderado:

Nº hijo(a):

Fecha Nacimiento: 12/8/00 Edad: 21 Sexo: F

Dirección: Asoc. Pampas de Viracochi

Departamento: Tacna

Provincia: Tacna

Distrito: C.A.L.

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Anamnesis: Contracciones uterinas cada 10 min de hora con eliminación de tapón mucoso. Sangrado: No Perdida líquidos: No G1(0000) FUM: 29.07.22 FPP: 05/05/22

Examen físico: (T) 36 (FR) 23/10 (FC) 20 (PO) 76% Peso: 70Kg Talla

AV: 32cm pelo en LCD, LCF: 124-136x' DD: 2-3/10 25" 4

Tacto: cuello posterior, B 60% AP -3 D=0 AP -3

Exámenes Auxiliares

Fecha: / / Resultado:

Fecha: / / Resultado:

Diagnóstico:

1) Atención del bienestar Fetal

2) Primigesta de 39 3/7 sem.

3) Pre encaje en trabajo de parto

CIE-10: 1) O677 2) Z349 3) O471

P: 1) X 2) 3)

D: 1) 2) X 3)

R: 1) 2) 3) X

Tratamiento: ClNa 9‰ via EV 30 gts x'

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Motivo de referencia: 1. No capacidad resolutiva por nivel 2. No capacidad resolutiva por carecer de especialista 3. Por carecer de determinado insumo 4. Servicio inoperativo 5. Servicio en reparación 6. Servicio saturado 7. Por ser titular de EsSalud 8. Carecer de Determinado equipo

Detalle del motivo: 1, 2

Especialidad de destino: Pediatría Medicina Cirugía Gineco-Obst X Otro (Especificar)

Condición del paciente: Estable X Mal Estado

Transporte: Terrestre X Aéreo Fluvial

Coordinación de la Referencia

Fecha en que será atendido:

Hora en que será atendido:

Nombre de quien lo atenderá: Dr. Ferrer

Nomb. con quien coord. la aten. (acepta):

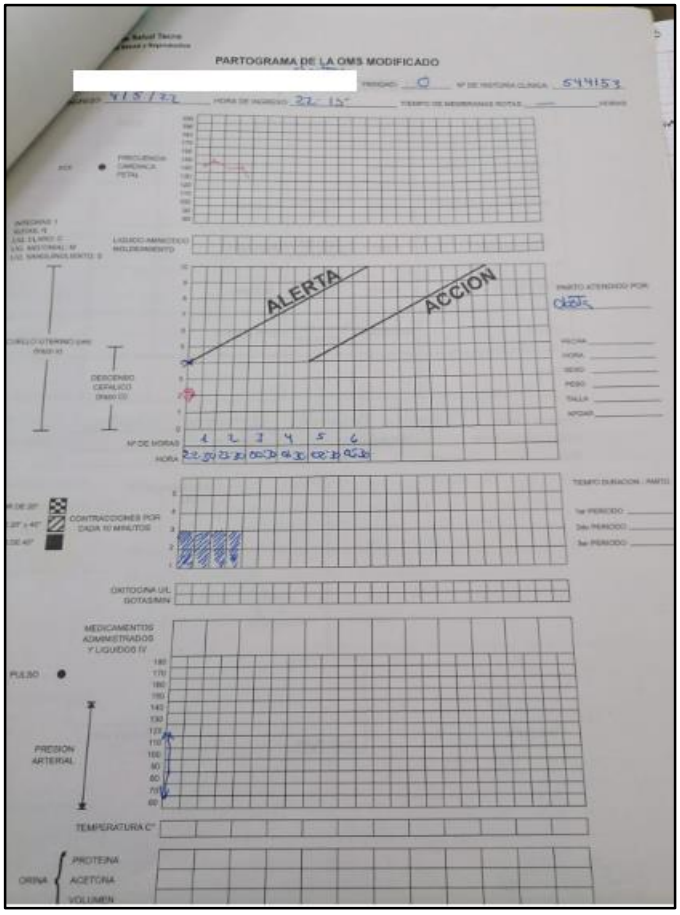
Nombre quien coordino la referencia: Obst. Hayley Ramos Vargas

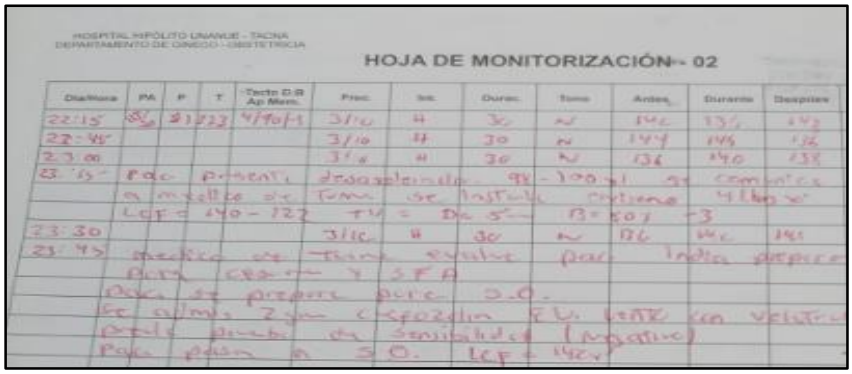
Responsable de la RF: DNI 42782057 Nombre Rocio Carbajal Nº Colegiatura 64025 Profesión: Médico Enfermera Obstetra Otro

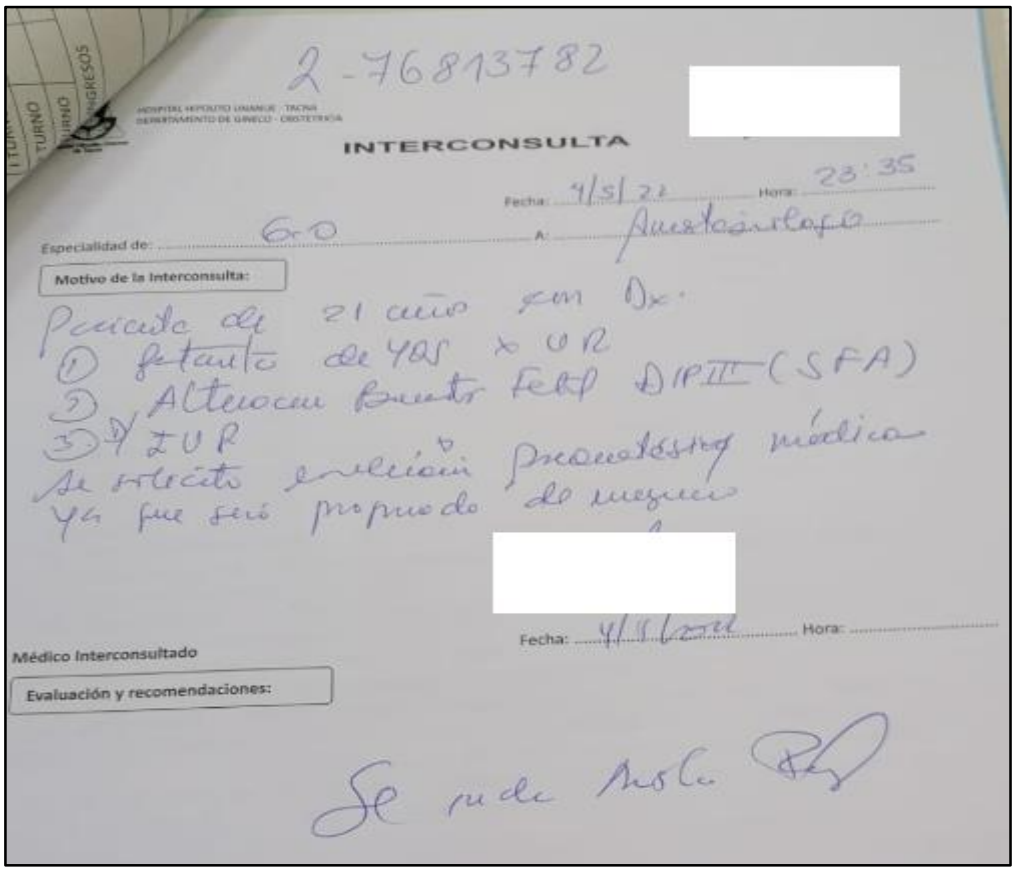
Responsable de la RF: DNI 42782057 Nombre Rocio Carbajal Nº Colegiatura 64025 Profesión: X Médico Enfermera Obstetra

Personal que acompaña: DNI 00510467 Nombre P. Huerta Nº Colegiatura Profesión: Médico Enfermera Obstetra

Personal que recibe: DNI Nombre Nº Colegiatura Médico Enfermera Obstetra Otro


PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO
ALERTA
ACCION
DESCENSO CEFALICO
CONTRACCIONES POR CADA 10 MINUTOS
OXITOCINA UI/L GOTAS/MIN
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS Y LIQUIDOS IV
PULSO
PRESION ARTERIAL
TEMPERATURA C°
ORINA
PROTEINA
ACETONA
VOLUMEN


HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA
DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA
HOJA DE MONITORIZACIÓN - 02
Dia/Hora
PA
P
T
Tacto D/R Ap Mem.
Frec.
Int.
Durac.
Tono
Ardes
Duramn
Despiles



2-76813782

HOSPITAL HIPOLITO UNANUE - TACNA
DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

TURNO INGRESOS

INTERCONSULTA

Fecha: 4/5/22 Hora: 23:35

Especialidad de: GyO A: Anestesiología

Motivo de la Interconsulta:

Paciente de 21 años sin Dx.
① Retraso de YOS x UR
② Alteración Prueb Func DIPIII (SFA)
③ Y ZUR
Se solicita evaluación preanestésica médica
Ya que será propuesta de ingreso

Fecha: 4/5/2022 Hora:

Médico Interconsultado

Evaluación y recomendaciones:

Se pide Anestesia

HC:0544153 UNIDAD:S. DE EMERGENCIA OBSTETRICIA CAMA:
BOL.: SEG.:SIS E.SOC:
ID.DOC.:0032589 RQUISPEV 04/05/2022 22:35:57 PAG: 2

* T. DE SANGRIA:	2.30	(1-5)
* GLUCOSA:	108.3	(70-110)
* CREATININA:	0.54	(0.5-1.5)
* SEDIMENTO URINARIO:		
.Leucocitos:	30-40 X CPO	
.Hematies:	0-1 X CPO	
.Cel.Epiteliales	ABUNDANTE	
.Germenes:	2+	

PROCESO : BIOLOGO MICROBIOLOGO-ROBERTO CARLOS QUISPE VALDEZ

ECOGRAFIA OBSTETRICA

El estudio ultrasonográfico realizado con un Ecógrafo MEDISON Sonoace Pico - Transductor convexo multifrecuencial de 3.0 - 5.0 MHz evidencia:

FETO

Número:	UNICO	
Situación:	Longitudinal cefálica derecho.	
Actividad Cardiaca:	157 lpm.	
Biometría:	Diámetro Biparietal:	84.8 mm para 34.1 semanas
	Circunferencia Cefálica:	321.3 mm para 34.2 semanas
	Circunferencia Abdominal:	313 mm para 35.2 semanas
	Longitud de Fémur:	65.8 mm para 33.6 semanas
	Peso Fetal: 2586gr.	
Sexo:	Femenino	

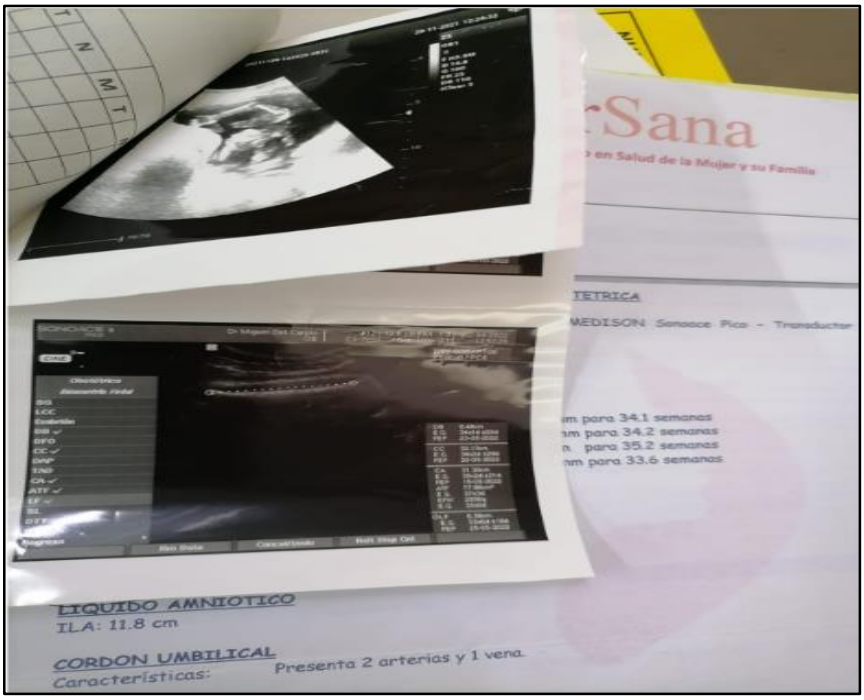
PLACENTA
Localización: Fúndica
GRADO: III/III

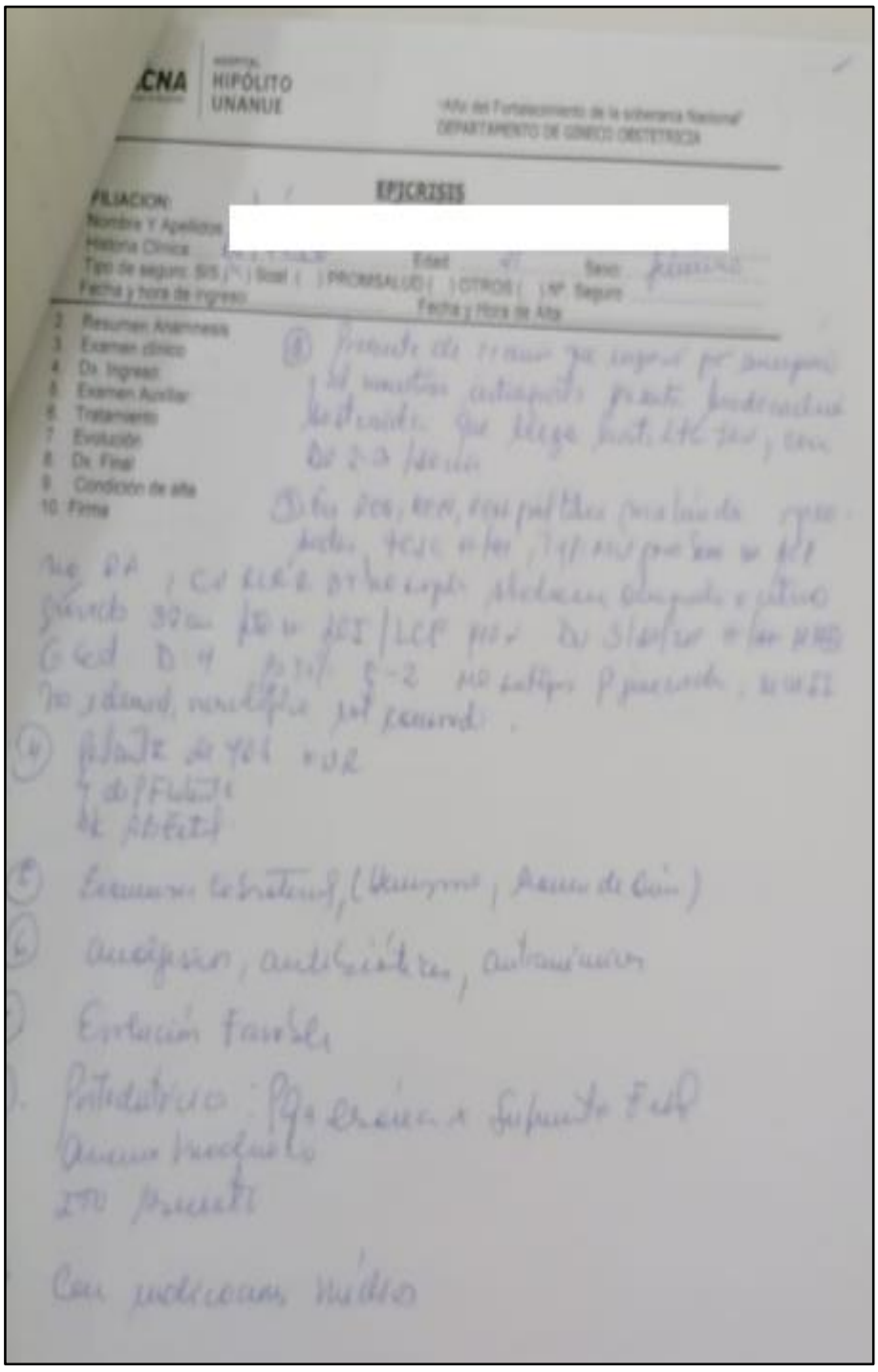
LIQUIDO AMNIOTICO
ILA: 11.8 cm

CORDON UMBILICAL
Características: Presenta 2 arterias y 1 vena.

CONCLUSIÓN:

1. GESTACIÓN UNICA ACTIVA DE 35 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL.



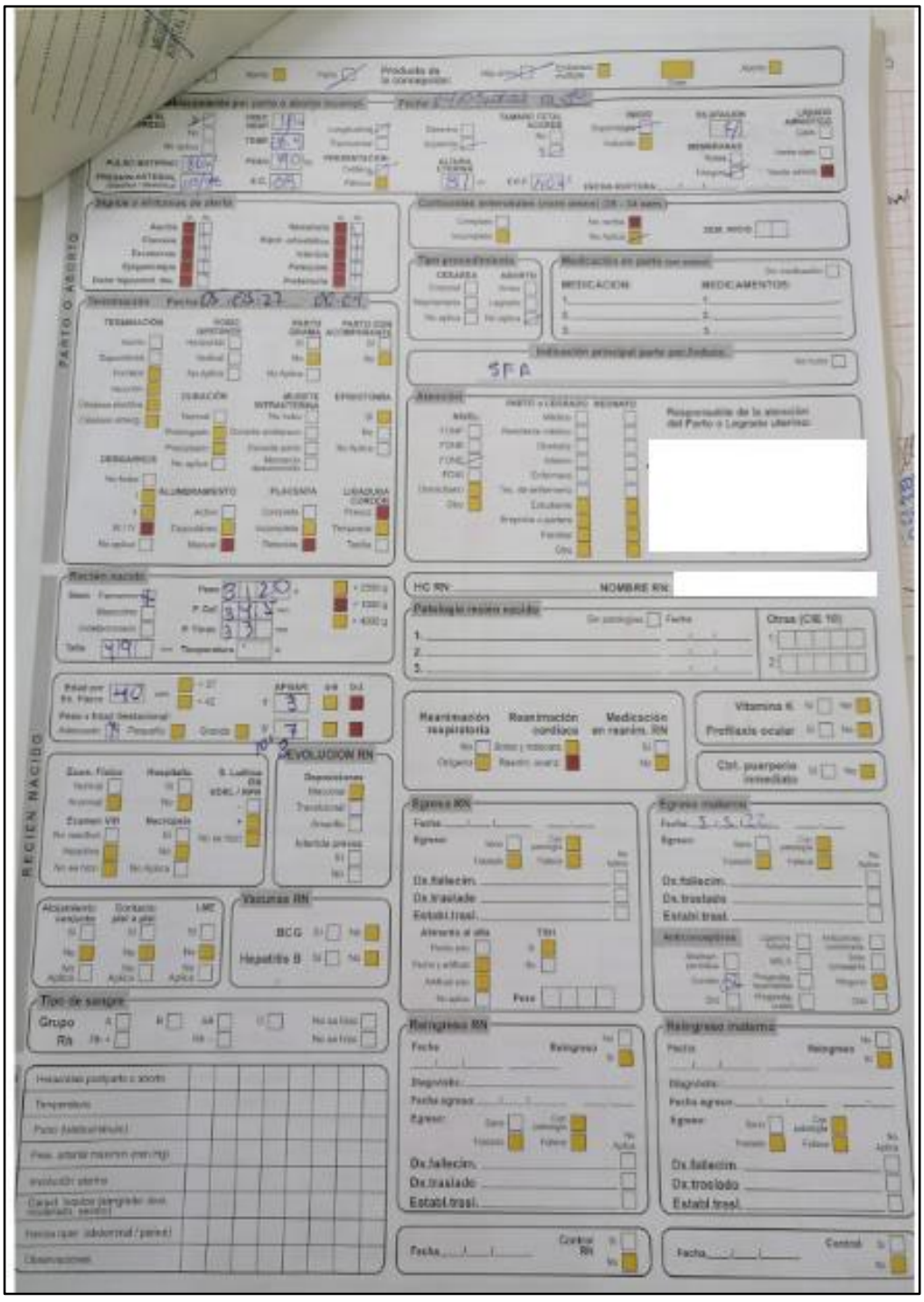

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA

EPICRISIS

FILIACION:
Nombre Y Apellidos:
Historia Clínica:
Edad: Sexo:
Tipo de seguro: SIS ( ) Social ( ) PROMSALUD ( ) OTROS ( ) Nº Seguro
Fecha y hora de ingreso: Fecha y Hora de Alta

2 Resumen Anamnesis
3 Examen clínico
4 Dx Ingreso
5 Examen Auxiliar
6 Tratamiento
7 Evolución
8 Dx Final
9 Condición de alta
10 Firma


PARTO O ABORTO
RECIEN NACIDO
Signos y síntomas de alerta
Terminación
Fecha 05/05/22 04:04
Atención
Responsable de la atención del Parto o Legrado uterino:
SFA
Recién nacido
Peso 3120 g
P. Cef. 34,5 cm
P. Torax 33 cm
Talla 49 cm
Temperatura
Apgar 1' 3 5' 7
EVOLUCION RN
Vacunas RN
BCG
Hepatitis B
Tipo de sangre
Grupo
Rh
Reanimación respiratoria
Reanimación cardiaca
Medicación en reanim. RN
Vitamina K
Profilaxis ocular
Ctrl. puerperio inmediato
Egreso RN
Egreso materno
Fecha 3/5/22
Reingreso RN
Reingreso materno
Fecha Control RN