

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**RELACIÓN ENTRE HALLAZGOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL
TEST NO ESTRESANTE Y RESULTADOS PERINATALES EN
GESTANTES A TÉRMINO, ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA
JUNIO 2021 – MAYO 2022**

TESIS

Presentada por:

Lic. Obst. Jhon Josepp Martinez Chipana

Lic. Obst. Mariella Rosario Maldonado Condori

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

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

RELACIÓN ENTRE HALLAZGOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO
ESTRESANTE Y RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES
A TÉRMINO, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
CIUDAD NUEVA JUNIO 2021 – MAYO 2022

TESIS

Presentada por:

Lic. Obst. Jhon Josepp Martinez Chipana
Lic. Obst. Mariella Rosario Maldonado Condori

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

Aprobados por **unanimidad** ante el siguiente jurado:



Dra. Anahi Choque Santos
Presidenta



Mtro. Marleni Mary Ayma Jiménez
Secretaria



Dra. Nery Rafael Bernabé
Vocal



Dra. Nery Rafael Bernabé
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Dra. Nery Rafael Bernabé**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 11422-2022-FACS-UNJBG del 11 de agosto del 2022, de la Tesis titulado: **RELACIÓN ENTRE HALLAZGOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE Y RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES A TÉRMINO, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA JUNIO 2021 – MAYO 2022**, presentado por el Lic. Obst. Jhon Josepp Martinez Chipana y la Lic. Obst. Mariella Rosario Maldonado Condori. 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 0 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Tesis 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, 14 de julio del 2024.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Nery Rafael Bernabé
DNI: 00418864



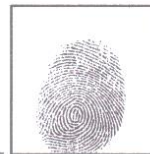
Huella dactilar

FIRMA AUTOR
Nombres y Apellidos: Jhon Josepp Martinez Chipana



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Mariella Rosario Maldonado Condori



Huella dactilar

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a DIOS, por darnos la fuerza y guiarnos en cada uno de nuestros pasos, para así lograr nuestras metas.

A nuestras familias, que son nuestra principal fortaleza y motivación para lograr nuestro desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma mater Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, por brindarnos la oportunidad de realizar nuestros estudios de especialización.

A nuestros docentes por brindarnos una excelente calidad educativa en nuestra formación profesional.

A nuestra asesora de tesis que gracias a su invaluable experiencia y vocación de servicio nos guió en el presente trabajo.

Al personal que labora en el Centro de Salud Ciudad Nueva por permitirnos realizar la presente investigación.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción y delimitación del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación e importancia de la investigación	6
1.4. Alcances y limitaciones de la investigación	7
1.5. Objetivos.....	7
1.5.1. Objetivo General.....	7
1.5.2. Objetivo Específico.....	7
1.6. Hipótesis.....	8
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9

2.1. Antecedentes del estudio.....	9
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Definición de términos	25
CAPÍTULO III.....	27
MARCO METODOLÓGICO.....	27
3.1. Tipo de investigación	27
3.2. Diseño de investigación.....	27
3.3. Población y muestra	27
3.4. Operacionalización de las variables	28
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.6. Procesamiento de datos (análisis estadístico).....	30
3.7. Aspectos éticos.....	31
CAPÍTULO IV	32
RESULTADOS	32
CAPÍTULO V	53
DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	Características sociodemográficas y obstétricas de gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	32
TABLA 2	Resultados cardiotocográficos: Resultados del Test no Estresante en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	34
TABLA 3	Resultados cardiotocográficos: Resultados del Test de Fisher en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	36
TABLA 4	Hallazgos perinatales: Vía del parto en gestante término que se realizaron el Test no Estresante en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	38
TABLA 5	Hallazgos perinatales: Resultados del APGAR del recién nacido en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	40
TABLA 6	Hallazgos perinatales: Resultados del APGAR del recién nacido en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	42
TABLA 7	Hallazgos perinatales: Resultados del líquido amniótico del recién nacido en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	43
TABLA 8	Hallazgos perinatales: Referencias de gestantes a término que se realizaron Test no Estresante en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	45
TABLA 9	Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y Vía del parto de las gestantes, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	46
TABLA 10	Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante APGAR al minuto de las gestantes y, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	48

TABLA 11	Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y APGAR a los 5 minutos de las gestantes, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	49
TABLA 12	Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y Morbilidad de recién nacido de las gestantes y, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022	50
TABLA 13	Coeficiente de correlación entre Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante con el Parto, APGAR de recién nacido, morbilidad neonatal y líquido amniótico	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1	35
Valoración el Test no Estresante en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022	
GRÁFICO 2	37
Valoración del Test Fisher en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022	
GRÁFICO 3	39
Valoración del parto en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022	
GRÁFICO 4	41
Valoración del APGAR del recién nacido en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022	
GRÁFICO 5	44
Valoración del líquido amniótico del recién nacido en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022	

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo General:** Determinar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva durante el periodo junio 2021 a mayo 2022. **Metodología:** El tipo de estudio fue no experimental, transversal y retrospectivo; se incluyó 123 gestantes que cumplían los criterios de inclusión. Para el análisis se utilizó la Correlación de Spearman. **Resultados:** En nuestro estudio se encontró que el 95.1% de gestantes tienen como resultado normal (Feto Activo Reactivo), el 4.9% tiene como resultado anormal (Activo No Reactivo, Hipoactivo Reactivo, Hipoactivo No Reactivo). Se encontró que el parto vaginal corresponde al 65%; mientras que el parto vía cesárea, al 35%. El APGAR del recién nacido resultó normal en un 100%. El resultado del líquido amniótico claro representa el 89.4%. De acuerdo a las gestantes, el 57% fueron referidas y atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna y del 47%, su parto fue atendido en el Centro de Salud Ciudad Nueva. En cuanto al 100% de cesáreas registradas, el 93.02% tuvo un resultado NST activo reactivo y el 6.98% tuvo resultados anormales. En relación al 100% de Partos Vaginales el 96.25% tuvo un resultado NST activo reactivo y el 4.82% tuvo resultados anormales. Estadísticamente en general, los coeficientes de correlación entre las variables examinadas son bastante bajos, lo que indica correlaciones débiles o muy débiles **Conclusión:** Este hallazgo sugiere que un NST activo reactivo está fuertemente asociado con resultados favorables en el puntaje de APGAR al minuto y a los 5 minutos.

Palabras Clave: Test no Estresante, APGAR, recién nacido.

ABSTRACT

This study had the **General Objective:** To determine the cardiotocographic findings of the Non-Stress Test and perinatal results in term pregnant women treated at the Ciudad Nueva Health Center during the period June 2021 to May 2022. **Methodology:** The type of study was non-experimental, transversal and retrospective; 123 pregnant women who met the inclusion criteria were included. Spearman Correlation was used for the analysis. **Results:** In our study it was found that 95.1% of pregnant women have a normal result (Active Reactive Fetus), 4.9% have an abnormal result (Active Non-Reactive, Hypoactive Reactive, Hypoactive Non-Reactive). It was found that vaginal birth corresponds to 65%; while delivery via cesarean section, 35%. The newborn's APGAR was 100% normal. The result of clear amniotic fluid represents 89.4%. According to the pregnant women, 57% were referred and treated at the Hipólito Unanue hospital in Tacna and 47%, their birth was attended at the Ciudad Nueva Health Center. Regarding 100% of recorded cesarean sections, 93.02% had an active reactive NST result and 6.98% had abnormal results. In relation to 100% of Vaginal Births, 96.25% had an active reactive NST result and 4.82% had abnormal results. **Conclusion:** This finding suggests that a reactive active NST is strongly associated with favorable APGAR score outcomes at 1 minute and 5 minutes.

Keywords: Non-stressful test, APGAR, newborn.

INTRODUCCIÓN

La salud materna y neonatal es un pilar fundamental en la atención sanitaria global. En este contexto, la evaluación y el monitoreo del bienestar fetal durante el embarazo son esenciales para reducir la morbimortalidad perinatal. El Centro de Salud Ciudad Nueva, ubicado en Tacna, Perú, ha implementado diversas estrategias y herramientas para mejorar la atención obstétrica y neonatal, destacándose entre ellas el uso del monitoreo fetal a través del Test no Estresante (TNE).

El Test no Estresante se ha consolidado como una herramienta crucial en la práctica obstétrica contemporánea. Este procedimiento, que permite evaluar la frecuencia cardíaca fetal en relación con los movimientos fetales, se utiliza para identificar posibles riesgos de hipoxia fetal, que pueden llevar a complicaciones graves como la muerte fetal, morbilidad neonatal, depresión al nacer y mortalidad perinatal. La detección temprana de estas condiciones mediante el TNE permite la toma de decisiones clínicas oportunas, tales como la inducción del parto o la referencia a un centro de mayor complejidad, mejorando así los resultados perinatales.

A nivel mundial, las estadísticas muestran una alta tasa de muertes fetales, especialmente en países con sistemas sanitarios deficientes. En Perú, la morbimortalidad perinatal sigue siendo una preocupación significativa, representando la tercera causa de muerte en neonatos. Estudios previos han demostrado la efectividad del TNE en la identificación de alteraciones fetales, contribuyendo a reducir la incidencia de complicaciones perinatales.

El presente estudio se enfoca en analizar la relación entre los hallazgos cardiotocográficos obtenidos mediante el Test no Estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Ciudad Nueva durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022. Este

análisis es crucial para determinar la efectividad del TNE como herramienta de diagnóstico y para optimizar las estrategias de atención obstétrica en la región.

Los objetivos específicos de este estudio incluyen la identificación de los hallazgos cardiotocográficos del TNE, la evaluación de los resultados perinatales de las gestantes a término, y la relación entre estos hallazgos y el tipo de parto, el puntaje de APGAR del recién nacido, la morbilidad neonatal y la mortalidad perinatal. A través de este enfoque, se busca proporcionar una base de evidencia que sustente la implementación y el uso extendido del TNE en la práctica clínica obstétrica, con el fin de mejorar los resultados de salud materna y neonatal.

Este estudio no solo contribuirá al conocimiento científico local y nacional, sino que también implicará prácticas relevantes, permitiendo un mejor enfoque en la determinación del riesgo obstétrico y perinatal, y asegurando una atención más segura y efectiva para las gestantes y sus recién nacidos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción y delimitación del problema

1.1.1. Antecedentes del problema

El Centro de Salud Ciudad Nueva, institución ámbito de nuestra Investigación, es un establecimiento de categoría I-4, con capacidad resolutive en la atención de la gestante, atención del parto de gestante de bajo riesgo obstétrico y sin complicaciones (en el parto, dilatación, expulsivo, alumbramiento y puerperio inmediato), atención del Recién Nacido. Además, brinda atenciones directas en urgencias y emergencias Obstétricas, así como referencias y contra referencia realizados por Personal de Salud según perfil profesional y en marco de las normas y guías nacionales de la práctica clínica materna perinatal.

El establecimiento de salud sujeto a estudio cuenta con un servicio de Obstetricia que ha implementado desde el año 2014 el área de Monitoreo Fetal, el cual está a cargo de personal especializado y capacitado en el uso del equipo cardiotocográfico, así como en la valoración de sus resultados. Es una herramienta de apoyo al diagnóstico que contribuye a disminuir los riesgos perinatales, contribuye a determinar el lugar y vía de culminación del parto, contribuye a una referencia oportuna a un establecimiento de mayor capacidad resolutive de las gestantes atendidas de su jurisdicción.

El Test no Estresante durante la gestación, tiene por objetivo principal contribuir a disminuir la morbimortalidad perinatal. Es un procedimiento accesible a las gestantes de su jurisdicción por su costo y operatividad.

La evaluación de la frecuencia cardíaca del feto antes, durante y después de las contracciones es crucial para determinar el bienestar fetal. La presencia de falta de oxígeno en el feto puede llevar a riesgos como muerte fetal, problemas de salud al nacer, depresión al nacer y muerte neonatal. Hay condiciones de riesgo que pueden afectar la capacidad de la placenta para proporcionar suficiente oxígeno, lo que resulta en niveles críticamente bajos de oxígeno (menor a 18mmHg). Esto se manifiesta clínicamente con síntomas como taquicardia y bradicardia transitoria después de las contracciones (DIPII) (39).

En tal sentido, resulta de suma importancia continuar con los estudios locales y nacionales e internacionales acerca de la relación que existe entre hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y resultados perinatales en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva junio 2021 – mayo 2022. Los resultados de esta investigación permitirán un mejor enfoque en la determinación del riesgo Obstétrico y perinatal que conduzca a un parto institucional en la atención primaria y/o una referencia oportuna y justificada al nivel de mayor resolución.

1.2. Formulación del problema

En este marco, es importante que nos hagamos las siguientes preguntas:

1.2.1 Problema principal

¿Existe relación entre los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva durante el periodo junio 2021 a mayo 2022?

1.2.2 Problemas secundarios

- a) ¿Cuáles son los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?
- b) ¿Cuáles son los principales resultados perinatales de las gestantes a término sometidas al Test no Estresante en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?
- c) ¿Existe relación entre los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante con el tipo de parto, puntaje de APGAR del Recién Nacido en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?
- d) ¿Existe relación entre los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Morbilidad Neonatal en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?
- e) ¿Existe relación entre los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Mortalidad Perinatal en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?

1.3. Justificación e importancia de la investigación

A nivel global, se registran alrededor de 3.9 millones de casos de muerte fetal, de los cuales de uno a dos millones no son registrados, especialmente en países con un sistema sanitario deficiente. De acuerdo con el estudio de Clemente L. sobre hallazgos cardiotocográficos en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia en Huancavelica, evidenció que el 97% de muertes fetales son frecuentes en los países de nivel socioeconómico medio y bajo, teniendo así incidencia del 3% en comparación al 1% que se presenta en países con mayor desarrollo (14).

El riesgo de muerte del neonato es elevado durante el primer día de vida (40%), post parto, aumentando los casos por sufrimiento fetal durante el parto (9%) (3), los cuales pudieron ser identificados; 60% en el periodo de preparto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4). En el Perú este problema es la tercera causa de muerte, alcanzando el 6.85 % del total de defunciones en este grupo de edad (Minsa -2002), con una incidencia de 3,8/10.000 nacidos vivos (Minsa-2004) (2).

El Test no Estresante pretende ser un instrumento capaz de identificar la situación del feto. Su función es reconocer al feto “normal” que nos va a permitir la acción obstétrica que se debe seguir, en busca de una mejor interpretación de los registros “anormales” de la frecuencia cardíaca fetal. Por ello es indispensable ampliar su uso con las gestantes para adoptar una conducta obstétrica oportuna y adecuada (15).

El Test no Estresante se encuentra entre los métodos que reflejan mejor el bienestar fetal ante el parto. Por lo tanto, de acuerdo

a los resultados de la presente investigación pretendemos confirmar la eficacia del Test no Estresante en la identificación de cambios en el feto relacionados con el tipo de parto, APGAR del Recién Nacido, Morbilidad Neonatal y Mortalidad Perinatal.

1.4. Alcances y limitaciones de la investigación

Esta investigación tuvo alcance en el Distrito de Ciudad Nueva de la Provincia de Tacna del Departamento de Tacna, de donde provienen las gestantes que forman parte de este estudio.

La limitación que tuvimos para la ejecución de la tesis, fue que, en la recolección de la información de las Historias Clínicas, observamos que no se consignaban los datos requeridos debido a un deficiente llenado de nuestra fuente, así como también la falta de legibilidad de la letra del profesional que realizó el Test no Estresante.

Asimismo, el no registro de todos los Test no Estresantes realizados en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, limitó nuestra investigación.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva durante el periodo junio 2021 a mayo 2022.

1.5.2. Objetivo específico

- a) Identificar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.
- b) Conocer los resultados Perinatales de las gestantes a término en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.
- c) Relacionar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante con el tipo de parto, puntaje de APGAR del Recién Nacido en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.
- d) Relacionar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Morbilidad Neonatal en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.
- e) Relacionar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Mortalidad Perinatal en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.

1.6. Hipótesis

Existe relación significativa entre los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidos en el Centro de Salud de Ciudad Nueva durante el periodo junio 2021 a mayo 2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Sabbagha R. (8) Realizó un estudio sobre “Diagnóstico por ultrasonidos de anomalías fetales”, se determinó si la prueba de bienestar fetal a través de una prueba efectiva en gestaciones con relación a la puntuación del APGAR al momento del nacimiento. El diseño descriptivo de dos variables. Resultados: VPN 97,79%. VPP 85,71%, Sensibilidad 66,67%, Especificidad 99,25%; concluyen que son una prueba efectiva y pronostica el estado de salud fetal intrauterino.

Chango E. et al. (9) Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal ante parto para establecer complicaciones del neonato al nacimiento en mujeres embarazadas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo-abril del 2014. Se trabajo con una muestra de 251 gestantes entre 18 y 35 años de edad con tiempo de gestación entre 37 a 41 semanas con respecto al test de APGAR al minuto de las cuales se alcanzaron, 188 gestantes con APGAR igual o mayor a 8, los mismos que fueron los controles y 63 gestantes con APGAR igual o menor a 7 los mismos que fueron los casos. En donde se concluyó que los test no estresantes ante parto calificados como categoría III no permiten diagnosticar compromiso de bienestar fetal al encontrar una sensibilidad del 49,1%.

A nivel nacional

Cahua, M. (6) Determinar la relación que existe entre la valoración cardiotocográfica del Test no Estresante con los resultados perinatales en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero a junio del 2020, Resultados: terminaron en parto vaginal un 74.6% con un NST reactivo, y con un NST no reactivo fue por cesárea en un 5.9%; el líquido amniótico el 86.3% y 8.3% fue claro en el NST reactivo y no reactivo respectivamente; el APGAR se obtuvo el 82% con 7 a 10 en NST reactivo y 6.8% entre 4 a 6 con NST no reactivo. Conclusión: Existe relación significativa entre la valoración cardiotocográfica y APGAR al minuto, vía del parto y líquido amniótico obteniendo $p= 0.000$.

Conde, A. (5) Realizó un estudio con el objetivo de identificar la relación entre los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe de enero a junio de 2017. Los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y la vía de parto en la gestación a término, muestran que el 93% fue por vía vaginal y el 7% fue por vía alta, la valoración del APGAR al minuto, el 71% presentó APGAR entre 7 a 10 y a los 5 minutos el 100% APGAR entre 7 a 10. Concluyendo que los antecedentes obstétricos de las embarazadas a término con mayor frecuencia se hayan en la semana 38. Prevalece entre 7 a 10 controles prenatales. Además, las primigestas prevalecen sobre las segundigestas, tercigestas y multigestas. Los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante con la decisión de la vía del parto en la gestación a término, muestran que prevalece la vía vaginal sobre la cesárea. Los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante con el puntaje APGAR al

minuto, el mayor porcentaje revelo APGAR entre 7 a 10 y a los 5 minutos la totalidad revelo APGAR entre 7 a 10.

Tejada (7) Objetivo: determinar la relación entre las conclusiones del Test no Estresante y los resultados perinatales en embarazos a término de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero – agosto 2015. Resultados: Los resultados perinatales de gestaciones a término fueron: color normal del líquido amniótico en un 78.8%, APGAR de 7 a 10 a los cinco minutos en un 99.4%, 99.4% de recién nacidos no se hospitalizaron y 100% de neonatos no llegaron a morir.

A nivel de Tacna

Rafael, N. (1) desarrolló un trabajo de investigación no experimental, transversal, teniendo una muestra de 80 embarazadas del Centro de Salud de Ciudad Nueva. Se determino que existe una relación significativa entre el ambiente laboral industrial y la presencia de un cordón umbilical enredado, con la falta de respuesta fetal en las embarazadas, tal como se observa en los resultados del Test No Estresante (TNS). Esto sugiere que estos factores pueden influir en la salud fetal durante el embarazo..

Cárdenas, E. (2) Realizó un estudio en la que participaron mujeres embarazadas que fueron sometidas al monitoreo electrónico fetal en el C.S. Ciudad Nueva durante el año 2014 que hacen un total de 70 unidades de análisis. Se encontró evidencia de asociación entre la variable reactividad fetal fundamentado en el Monitoreo Electrónico Fetal y el APGAR del neonato al minuto ($P:<0,05$).

Melchor, A. (3) Realizó un Estudio no experimental, retrospectivo, transversal. De diseño correlacional. Objetivo:

determinar la relación entre el Test no Estresante y el APGAR del Recién Nacido en embarazadas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero – junio 2016. Se determina que el 95,7% el APGAR al minuto del neonato es mayor igual a 7 puntos, el 4,3% el APGAR al minuto es menor a 7, habiendo vinculación significativa entre el monitoreo fetal electrónico y el APGAR al 1' ($P=0,042$) del neonato.

Maquera J. (4) Realizó un estudio para citar la relación entre los Resultados de Test no Estresante y los Resultados Perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2016. Encontró que los 1431 muestras que se les realizó Monitoreo No Estresante, 1373 (95,9%) fueron reactivos, y 58 (4,1%) fueron no reactivos. Los resultados perinatales de las embarazadas supeditadas a Pruebas No Estresantes fueron: el APGAR al minuto de 7 a más puntos tuvo relación al 97,4% y con APGAR a los 5 minutos los puntajes de 7 a más dieron el 99,7%, el 100% de los neonatos fueron a término según tiempo de gestación, la vía del parto: cesárea fue un 56,0% y el 44,0% acabaron por parto vaginal y el líquido amniótico 96,9% claro y 3,1% meconial. Al comparar los resultados del Monitoreo No Estresante con el color del líquido amniótico se determina que el 92,8% de embarazadas que presentaron Líquido Amniótico claro y 3,1% del Líquido Amniótico meconial dieron un Test no Estresante Reactivo.

2.2. Bases teóricas

a) Test no Estresante

Indicaciones:

Se basa en la monitorización electrónica de la frecuencia como también los cambios que se producen con el movimiento fetal y contracciones uterinas espontáneas no regulares. Es la

prueba más utilizada, no invasiva, de bajo costo y sin contraindicaciones (10).

El test no estresante se basa en la hipótesis de que los latidos cardiacos de un feto sin ninguna alteración o depresión neurológica se aceleran en forma transitoria al movimiento fetal (11).

Test no Estresante: es una prueba en la que se estudian las características de los latidos fetales, en estado basal, sin estrés de la madre o del feto (12).

Las pruebas sin estrés intentan evaluar la reserva respiratoria fetal e identificar fetos en un estado comprometido. Se basa en la monitorización externa de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y de los movimientos fetales en falta de la actividad uterina. Dicho test sirve para determinar el estado fetal durante el período en que se realiza (13).

b) Hallazgos cardiotocográficos

Son resultados de las pruebas sin Estrés que intentan evaluar la reserva respiratoria fetal e identificar al feto en un estado comprometido. Incluye monitoreo externo de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y de los movimientos fetales en la falta de la acción uterina. Este monitoreo sirve para ver el estado fetal durante el período en que se ejecuta (13).

c) Resultados, conclusiones o interpretaciones

Los resultados del Test no Estresante directamente relacionados a la actividad fetal se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Activo reactivo: Presencia de criterios de reactividad presente y parámetros normales de frecuencia cardíaca fetal normal, feto sano.
- Activo no reactivo: Ausencia de criterios de reactividad ausentes y parámetros de la frecuencia cardíaca fetal, indica que el feto está en dudosas condiciones.
- Hipo activo no reactivo: Criterio de reactividad ausentes y parámetros de la frecuencia cardíaca fetal patológico, encontrándose el feto en malas condiciones (16).

Los resultados del Test no Estresante directamente relacionados con la reactividad fetal se pueden clasificar como:

Prueba Reactiva: Se producen al menos 2 aumentos transitorios en un periodo de 10 min o 5 aumentos transitorios en un lapso de 30 min, que son episodios breves de taquicardia, con un aumento mínimo de 15 latidos por minuto en la frecuencia cardíaca fetal que debe estar dentro del rango normal.

Prueba No Reactiva: Se trata de aumentos transitorios que no aparecen, o por el contrario se dan de forma aislada, con una frecuencia inferior a 2 en 10 minutos. Puede estar relacionado con desaceleración no periódica, cambio de línea de base y pérdida de oscilación.

Prueba Insatisfactoria: la nitidez del registro no permite calificar la prueba, no permite interpretación alguna del fenómeno que lo

acompaña caso en que debe prolongarse el tiempo del mismo (17) (18).

Según Fisher: Fisher (citado en Karin) cita que el patrón calificativo de los parámetros debe ser de la siguiente forma:

Test de Fisher Modificado

PARÁMETROS OBSERVADOS	PUNTUACIÓN		
	0	1	2
LÍNEA DE BASE	<100 o 180>	100 a 119 ó 161 a 180	120 a 160
VARIABILIDAD	>5	5 a 9 o >25	10 a 25
ACELERACIONES	0	1-4	>5
MOVIMIENTOS FETALES	0	1-4	>5
DESACELERACIONES	DIPS II >60% DIPS III >60%	DIPS II <40% DIPS III <40%	AUSENTE

Valores de Puntuación

PUNTUACIÓN	ESTADO FETAL	FETAL PRONOSTICO
8 - 10	FISIOLOGICO	FAVORABLE
5 - 7	DUDOSA	REEVALUACION
<4	SEVERA	DESFAVORABLE

Parámetros del Test no Estresante tenemos:

Frecuencia cardíaca fetal

- El valor normal es entre 110 a 160 latidos por minuto, la línea de base se considera cambiada cuando la variación dura más de 15 minutos.
- El Sistema nervioso autónomo es quien lo controla.
 - Influencia inhibitoria: Nervio vago. refiere al efecto que tiene el nervio vago en la regulación del corazón. A medida que el

feto llega a término y después del parto, la influencia del nervio vago aumenta, lo que resulta en una disminución gradual de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) basal. En otras palabras, el nervio vago actúa como un freno natural que modula la frecuencia cardíaca a medida que el feto madura.

- Influencia excitatoria: sistema nervioso simpático la estimulación de los nervios periféricos del feto por sus propios movimientos o por dinámica uterinas causa aceleraciones de la FCF.

- Taquicardia Fetal:

- Infecciones
- Causa Hipóxica
- Alza térmica materna
- Hipertiroidismos
- Anemia materna fetal
- Drogas simpaticomiméticas (Ritodrina, Terbutalina)
- Drogas Parasimpaticolíticas (Atropina, Hidroxicina)

- Bradicardia Fetal

- Leve (100 – 110 lpm) relacionada con infantes postérmino y posición occipitoposterior.
- FCF menor de 100 lpm se relaciona con fetos con enfermedad cardíaca congénita o defectos de conducción miocárdica.
- Causas:
 - Prolapso de cordón
 - Hipotensión materna
 - Anestesia espinal o epidural
 - Taquisistolia
 - Convulsiones maternas
 - Rápido descenso fetal

- Placenta previa
- Ruptura uterina (19)

Variabilidad

- Normal a partir de las 32 semanas Se relaciona con el sistema nervioso fetal (19).
- El valor de amplitud normal entre 6 a 25 latidos por minuto.
- Disminución
 - Ciclo de descanso del feto
 - Hipoxia fetal, taquicardia y anomalías cardíacas congénitas.
 - Depresores del sistema nervioso central (Morfina, diazepam, sulfato de magnesio)
 - Agentes parasimpaticolíticos (atropina e Hidroxicina)
 - Agentes adrenérgicos centrales (Metildopa)
- Si se aprecia una disminución, se debe efectuar estimulación vibro acústica. De continuar, realizar maniobras de resucitación (posición materna, fluidos, oxígeno) (20).
- Una disminución en la variabilidad combinado con desaceleraciones tardías o variables pueden indicar un alto riesgo de acidosis (pH fetal en al menos 7.20) (19); si no se corrige, conlleva al nacimiento de un feto deprimido (21).
- Se recomienda la medición de los gases sanguíneos en el cordón umbilical luego del parto con cualquier alteración que indique acidosis metabólica (pH del cordón en menos 7.00 o déficit de base mayor a 12 mmol/L), siendo uno de los 4 criterios esenciales para determinar un evento hipóxico agudo intraparto, lo suficiente para causar parálisis cerebral (19).

Aceleraciones

- A partir de las 32 semanas, >15 latidos por minuto por encima de la FCF basal con una duración de 15 segundos o más, pero menos de 2 minutos.
- Antes de las 32 semanas de gestación, 10 o más latidos por minuto, con una duración de 10 segundos, pero menos de 2 minutos.
- Frecuentemente se relacionan a la actividad fetal, compresión de vena umbilical, examen vaginal, dinámica uterina, estímulo del polo fetal o vibración acústica externa.
- Es un signo de bienestar fetal.

Desaceleraciones

- Tempranas
 - Coincide con el inicio y final de la contracción (en espejo). Rara vez disminuye por debajo de los 100 lpm.
 - Se puede dar por compresión del polo fetal durante la dinámica uterina, dando una estimulación vagal y bajando el ritmo cardiaco.

Tardías

- Insuficiencia Uteroplacentaria
- Hipoxia fetal: saturación de oxígeno 30-40% (22)

Causas

- Gestación postérmino, preclamsia, hipoxia materna y diabetes mellitus pueden llevar a disfunción placentaria.
- También pueden ser acidosis e hipovolemia relacionadas a diabetes cetoacidótica, que llevan a la baja del flujo sanguíneo, desaceleraciones tardías y baja de la variabilidad.
- Hipotensión materna e hiperestimulación uterina puede bajar el flujo sanguíneo al útero.

- Pueden ser aliviadas con oxígeno (6 a 10 L por minuto) (19), incrementando en un 20% la saturación fetal con máscara facial y en un 37 % con bolsa de reserva de oxígeno, también al cambiar de posición a la gestante de cúbito lateral izquierdo, así como al administrar bolo de fluidos intravenosos, y realizando una evaluación de la Taquisistolia (20).
- Variables
 - Comprensión del Cordón
 - Su manifestación pronta en el trabajo de parto se debe especialmente a oligoamnios, por lo que se baja la protección del cordón de ser comprimidos por la dinámica uterina o por la actividad fetal (22).
 - La presión en el cordón primeramente ocluye la vena umbilical, lo que da en una aceleración (“hombro”) y produce una buena respuesta. Esto se continúa por la oclusión de la arteria umbilical, la que resulta en el descenso brusco. Finalmente, la fase de recobro se debe a la liberación del cordón y un brusco ascenso, el cual puede ser seguido por otra leve aceleración u hombro (21).
 - Baja al menos 15 lpm y tiene una duración de más o menos 15 segundos a menos de 2 minutos (19).
 - La modificación de posición es poco efectiva, por lo que la restauración del fluido amniótico por amnioinfusión sería el uso más apropiado. Se da lactato ringer a través de catéter de presión intrauterina; 1 bolo de 50 a 100cc seguidos de infusión constante, o 2 bolos seriados de 200 a 1000cc cada 20 minutos por 4 horas, durante labor con ruptura de membranas.

- **Patrón sinusoidal**
 - Se precisa por una amplitud de 10 latidos por minuto con 3 a 5 ciclos por minuto, con un lapso de al menos 20 minutos.
 - Se asocia con anemia fetal severa (hipoxia severa) e hidrops fetal (20).
- **Actividad uterina**
 - Normal: 5 o menos contracciones en 10 minutos en un período de 30 minutos.
 - Hiperestimulación e hipercontractilidad ya no están en uso.
 - Taquisistolia: más de 5 contracciones en 10 minutos. Se presentan en Placenta previa. Contracciones tetánicas prolongadas se dan con convulsiones maternas. Si se descarta placenta previa, se puede administrar un tocolítico para disminuir la actividad uterina y mejorar la frecuencia cardíaca fetal (22).
- **Indicaciones**

Absolutas:

Pacientes con riesgo elevado de Insuficiencia útero placentaria:

 - Embarazo Prolongado
 - Diabetes Mellitus
 - Sospecha de RCIU
 - Gestaciones a término tardía.
 - Hipertensión Arterial
 - Historia de muerte fetal previa
 - Gestación Múltiple con crecimiento discordante
 - Síndrome antifosfolípídico

Relativas:

Cuando diferentes pruebas confirman compromiso fetal:

- Estudio ecográfico Doppler o Perfil Biofísico Fetal alterado, Prueba de NST previa con resultado no tranquilizador.
 - Disminución o ausencia de movimientos fetales referidas por la madre.
 - Vigilancia prenatal.
- **Contraindicaciones**
- La Prueba del Test no Estresante está considerada para evaluar fetos que han alcanzado madurez del sistema nervioso central, lo que fluctúa con mayor frecuencia a partir de las 30 semanas, Sin embargo, un porcentaje menor de fetos con edad gestacional de 28 semanas podrían demostrar reactividad fetal (11).

Absolutas: Fetos menores de 28 semanas por inmadurez del SNC malformaciones cerebrales severas.

Relativas: Estado de salud materno crítico o muy grave (debido a las limitaciones para la prueba) (11).

- **Complicaciones**
- La desaceleración prolongada, descenso de 15 latidos por debajo de la línea basal por más de 2 minutos y menos de 10 minutos puede presentarse durante el procedimiento de NST en la forma de:

Efecto Poseiro.- Desaceleración prolongada por efecto de compresión mecánica de la Aorta descendente y está en relación con la presencia de contracción uterina. La restitución a la línea basal sucede luego de cambio de posición materna a decúbito lateral o sentada.

Compresión de Vena Cava.- Desaceleración que no está relacionado a contracción uterina. Se presenta como consecuencia de un mecanismo compresor del contenido ovular hacia vena cava inferior. La gestante presenta hipotensión materna, sudoración fría; además podría presentar náuseas y vómito. La frecuencia cardíaca fetal retoma su valor normal con lateralización izquierda de la paciente (11).

Estados de actividad fetal (Pillai and James 1990) Se refiere a periodos de:

- 1- Quiescencia fetal refleja sueño profundo (sin movimientos oculares): El sueño fetal profundo puede durar hasta 50 minutos y se asocia con una FCF basal estable, muy raramente aceleraciones y variabilidad en el límite bajo de la normalidad.
- 2- Sueño activo (movimientos rápidos oculares): Este es el estado fetal más presente y se traduce en el REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO como presencia de algunas aceleraciones y variabilidad conservada.
- 3- Vigilia: El desvelo activo es poco frecuente y lo vemos en el REGISTRO CARDIOTOCOGRÁFICO como presencia de variadas aceleraciones y variabilidad normal. Las aceleraciones pueden presentarse tan seguidas que dificulte indicar la FCF basal (confluencia de ascensos). La alternancia de diferentes estados de comportamiento (cycling) es un signo de bienestar neurológico y ausencia de hipoxia/acidosis. La transición entre los diferentes estados es más evidente después de las 32 semanas de gestación, debido a la maduración del Sistema nervioso (23).

- **Resultados Perinatales**

APGAR

La valoración de APGAR, desarrollado por la doctora Virginia Apgar, se utiliza mundialmente para valorar la vitalidad del neonato, consta de cinco componentes: la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color de piel, cada componente se le da el mismo valor, que puede variar de 0 a 2. Se considera el APGAR de 7 como normal, de 4 a 6 moderadamente anormal, y de 0 a 3 es muy bajo. normalmente se hace evaluaciones al minuto y a los 5 minutos, aunque se puede seguir realizando evaluaciones cada 5 minutos, si el estado del neonato lo requiere (24) (25).

Líquido amniótico

Se trata del líquido presente en la cavidad amniótica que envuelve al feto, desempeñando un papel crucial en su desarrollo y bienestar al protegerlo contra lesiones e infecciones, y actuar como reserva de nutrientes. La cantidad adecuada de líquido amniótico es fundamental para el desarrollo de los sistemas musculoesquelético, gastrointestinal y pulmonar del feto. Sin embargo, tanto el aumento (polihidramnios) como la disminución (oligoamnios) de este líquido aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. Normalmente, el líquido amniótico es claro y ligeramente amarillento, pero puede volverse meconial, amarillento o incluso sanguinolento en caso de compromiso fetal (26).

Vía de parto

El parto marca el fin de la gestación, y dependiendo del estado de la duración de esta se hablará de parto a término si se inicia entre las 37 a 42 semanas cumplidas, desde que empezó su última menstruación. Se llama a término porque el 80% de los embarazos acaba dentro de dichos límites, naciendo fetos completamente maduros (28).

- **Parto por vía vaginal:** Es la salida del feto y sus anexos a través de la vagina. Se considera parto eutócico al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicas y que ha culminado por completo sin complicaciones, caso contrario se denominara parto distócico (28).
- **Cesárea:** Es el procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo extraer al bebe (vivo o muerto) a través de una incisión en la pared uterina después que el embarazo ha llegado a la semana 27 de gestación o mayor, es imprescindible cuando la madre o el feto están en riesgo (29).

Hospitalización del Recién Nacido

- **Hospitalización del recién nacido:** “se da cuando el neonato al presentar alguna enfermedad o patología ingresa a dicha institución, donde le proporcionarán la atención y el tratamiento necesario” (30).
- **Morbilidad y mortalidad neonatal:** “la morbilidad se refiere a las enfermedades de los recién nacidos, mientras que la mortalidad es la muerte del neonato, es decir, desde el nacimiento hasta los 27 días de vida” (30).

2.3. Definición de términos

- **Hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante:** Se refiere a todas aquellas características cardiotocográficas y conclusiones evidenciadas en el Test no Estresante (12).
- **Cardiotocografía:** Es una técnica de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y la dinámica uterina.
El registro permite a la obstetra evaluar la frecuencia cardíaca fetal durante las últimas semanas de la gestación y la reacción del feto a la dinámica uterina en el trabajo de parto, y hasta producido el nacimiento (33).
- **Test no Estresante:** Consiste en el monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal (FHR) que estudia las características, así como las modificaciones que se producen durante movimientos fetales (10).
- **Resultados Perinatales:** Es crucial considerar que el periodo perinatal abarca desde la semana 22 de gestación hasta el séptimo día después del nacimiento, por lo tanto, los resultados perinatales son los efectos y consecuencias del embarazo que se producen durante este intervalo (31).
- **Bienestar fetal:** Es el término empleado para mostrar el equilibrio de la homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimientos: materno, fetal y trofoblasto (34).
- **Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF):** La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, señala que el riesgo se evalúa mediante diversas pruebas para detectar el estado de salud del feto, y que el concepto de riesgo de daño por falta de

oxígeno se refiere a las preocupaciones sobre la pérdida de la estabilidad interna del feto. Además, se enfatiza que se tomará una decisión de intervención basada en evaluaciones clínicas y pruebas específicas para determinar el bienestar fetal cuando este no sea óptimo (35).

- **Sufrimiento fetal (Fetal Distress), Estado fetal preocupante (NRFS, Nonreassuring Fetal Status):** Indica que el feto está comprometido. Puede ser identificado por valores subóptimos en la frecuencia cardíaca fetal, oxigenación de la sangre fetal y otros parámetros. esta definición está basada en el diagnóstico cardiotocográfico empleado para el control del bienestar fetal anteparto e intraparto (36).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación fue de tipo Aplicada, de nivel correlacional.

3.2. Diseño de investigación

El presente estudio corresponde a un diseño no experimental, transversal y retrospectivo.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Tamaño y tipo de muestra

Población

Conformada por todas las gestantes a término que se han realizado el Test no Estresante en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022, que ascienden a un total de 600 gestantes.

Muestra

La muestra está conformada por 123 mujeres gestantes con Test no Estresante en el Centro de Salud de Ciudad Nueva, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022, considerando que cumpla los criterios de selección.

3.3.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Gestantes de 37 semanas a más de gestación.
- Gestante con feto viable.

- Gestante cuyo parto haya culminado en el Centro de salud Ciudad Nueva o en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Gestante con Test no Estresante (último).
- Gestante que pertenezca a la jurisdicción del Centro de Salud de Ciudad Nueva.

Criterios de exclusión

- Embarazo múltiple.
- Registro de NST incompleto.

3.4. Operacionalización de las variables

Variables

- a) Variable independiente: Hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante.
- b) Variable dependiente: Resultados Perinatales.
- c) Variables intervinientes: Características maternas y obstétricas.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante		Resultados Test de Fisher	Fisiólogo (8 a 10)	Nominal
			Dudoso (5 a 7)	
			Severa (<4)	
		Resultado del Test no Estresante	Activo reactivo	Nominal
			Activo no reactivo	
			Hipoactivo no reactivo	
VARIABLE DEPENDIENTE				
Resultados Perinatales		Tipo de Parto	Vaginal	Nominal
			Cesárea	
		Puntaje de APGAR	Menor de 7	Ordinal
			Mayor de 7	
		Líquido Amniótico	Claro	Nominal
			Verde Claro	
			Verde Oscuro	
		Morbilidad Neonatal	Si	Nominal
			No	
		Mortalidad Perinatal	Si	Nominal
No				
VARIABLES INTERVINIENTES				
Características socio demográficas y Obstétricas	Características socio demográficas	Edad materna	<19 años	Ordinal
			20 a 34 años	
			35 a más años	
		Grado de Instrucción	Analfabeta	Ordinal
			Primaria	
			Secundaria	
			Superior	
		Paridad	Nulípara	Ordinal
			Primípara (1)	
			Múltipara (2-4)	
			Gran múltipara (5 +)	

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

La técnica que se utilizó en este estudio fue el análisis documental mediante la revisión del libro de registro de Test no Estresantes, los reportes de los Test no Estresantes, las historias clínicas maternas y perinatales, así como los libros de registros de Sala de Partos de los EESS C.S. Ciudad Nueva y Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.5.2. Instrumentos y equipos

El instrumento de datos fue una ficha pre elaborada que cuenta con la recolección de la información necesaria para desarrollar el presente trabajo de investigación. El referido instrumento cuenta con tres secciones, la primera con los datos generales de la gestante, la segunda que contiene el resultado del Test no Estresante y por último los resultados perinatales.

3.6. Procesamiento de datos (análisis estadístico)

Se solicitó permiso al Gerente del Centro de Salud Ciudad Nueva y a la Dirección Ejecutiva del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para contar con la información de las historias clínicas y de los libros de registros de Sala de Partos y Maternidad del Departamento de Gineco Obstetricia y de los libros del Servicio de Neonatología en el Departamento de Pediatría.

Se realizó la revisión de las historias clínicas de las gestantes a estudiar; se completó la información faltante de los libros de registro de sala de partos y recién nacidos.

Para el análisis de los datos, primero se realizó la descripción de la población estudiada utilizando estadísticas descriptivas como

frecuencias absolutas y relativos cuando sean variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión cuando sean variables cuantitativas.

Para conocer la relación entre hallazgos cardiotocográficos y resultados perinatales se utilizó herramientas estadísticas como el Chi², considerando relación significativa cuando el valor de p sea menor de 0,05.

3.7. Aspectos éticos

Se respetó la confidencialidad, manteniendo los datos de las participantes en reserva. El trabajo de investigación presentó información fehaciente y auténtica.

Las orientaciones de no copia y originalidad que exige la universidad fueron consideradas tanto en el proyecto como en el presente informe de tesis, para lo cual se aplicó el software anti plagio TURNITIN, logrando obtener una similitud menor al 10%.

Se solicitó permiso del Gerente del Centro de salud para facilitarnos la información.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas y obstétricas de gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

GRUPO ETARIO	N	%
<=19	2	2.0%
20-34	90	73.0%
>=35	31	25.0%
Total	123	100.0%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N	%
Primaria	1	1.0%
Secundaria	84	68.0%
superior	38	31.0%
Total	123	100.0%
PARIDAD	N	%
Nulípara	55	45.0%
primípara	37	30.0%
Múltipara	31	25.0%
Total	123	100.0%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Entre las características sociodemográficas de nuestra población sujeta a estudio, se encontró que la mayoría estaba comprendida en el grupo etario entre los 20 a 34 años, con un total 90 gestantes que

representan el 73%; en cuanto al grado de instrucción, la mayoría recibió instrucción secundaria con un total de 84 gestantes que representan el 68%, respecto a la paridad la mayor cantidad de gestantes está en grupo de nulíparas con un total de 55 gestantes que representan el 45%.

Tabla 2

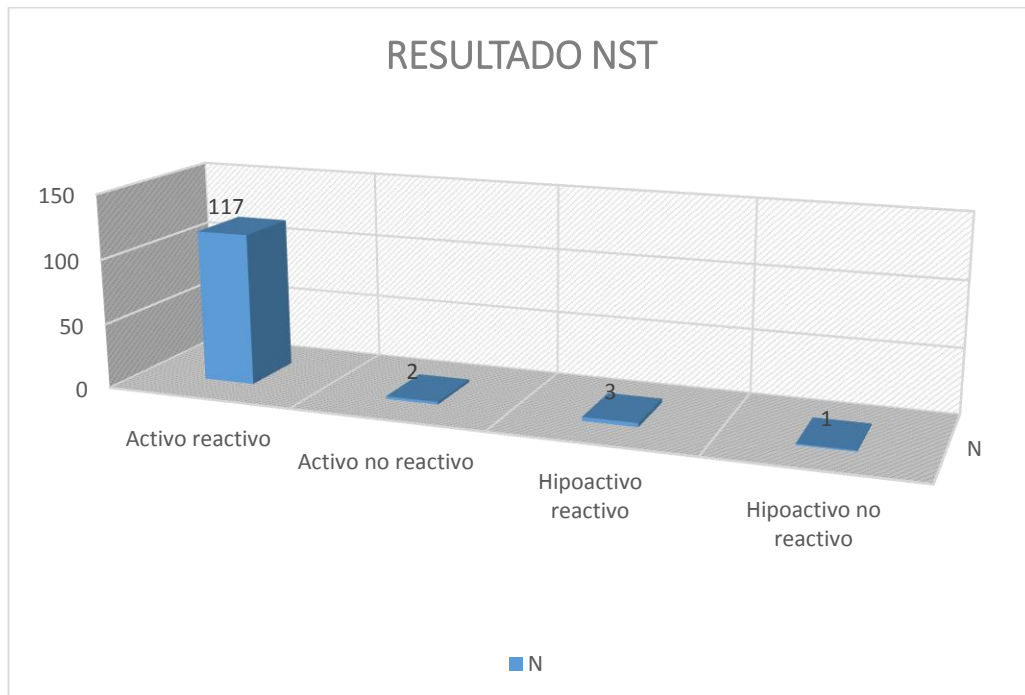
Resultados cardiotocográficos: Resultados del Test no Estresante en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

Resultado NST	N	%
Activo reactivo	117	95.1%
Activo no reactivo	2	1.6%
Hipoactivo reactivo	3	2.4%
Hipoactivo no reactivo	1	0.8%
Total	123	100.0%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Se observa que del 100% de nuestra población sujeta a estudio sometidas a Test no Estresante; el resultado FETO ACTIVO REACTIVO se presentó en 117 gestantes, lo que corresponde al 95.1% de los casos; el resultado ACTIVO NO REACTIVO se presentó en 02 gestantes, que representa el 1.6%; el resultado HIPOACTIVO REACTIVO se presentó en 03 gestantes, que corresponde al 2.4%; y el resultado HIPOACTIVO NO REACTIVO se presentó en 01 gestante, lo que corresponde al 0.8% de los casos.



Fuente: Tabla 2.

Gráfico 1

Valoración el Test no Estresante en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022.

Tabla 3

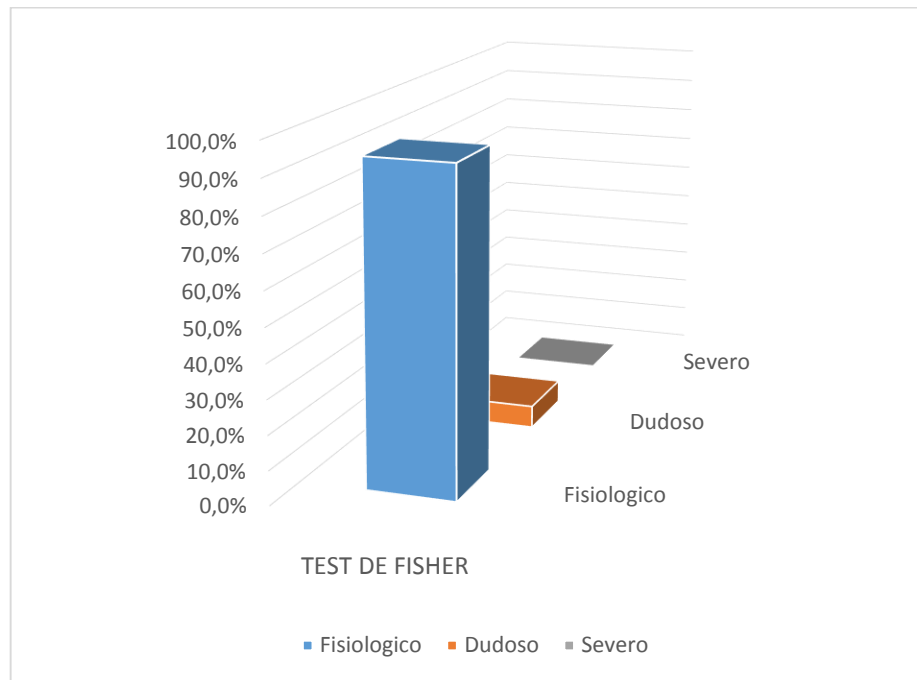
Resultados cardiotocográficos: Resultados del Test de Fisher en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

Test de Fisher	N	%
Fisiológico	115	93.5%
Dudoso	8	6.5%
Severo	0	0.0%
Total	123	100.0%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Se observa que del 100% de nuestra Población sujeto a estudio, sometidas al Test de Fisher; el resultado FISIOLÓGICO se presentó en 115 gestantes correspondiendo al 93.5% de los casos, el resultado DUDOSO se presentó en 08 gestantes que corresponde al 6.5% y el resultado SEVERO no se registraron casos.



Fuente: Tabla 3.

Gráfico 2

Valoración del Test Fisher en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022.

Tabla 4

Hallazgos perinatales: Vía del parto en gestante término que se realizaron el Test no Estresante en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

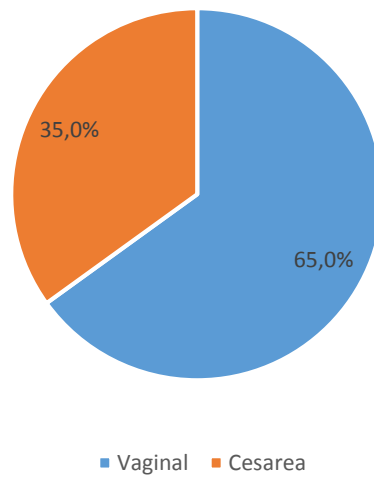
Tipo de parto	N	%
Vaginal	80	65.0%
Cesárea	43	35.0%
Total	123	100.0%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Se observó que del 100% de nuestra población sujeta a estudio, se realizaron pruebas no estresantes, la vía del parto de mayor frecuencia fue el parto vaginal en 80 gestantes que corresponde al 65%, mientras que el parto vía cesárea se presentó en 43 gestantes que corresponde al 35%.

TIPO DE PARTO



Fuente: Tabla 4.

Gráfico 3

Valoración del parto en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022.

Tabla 5

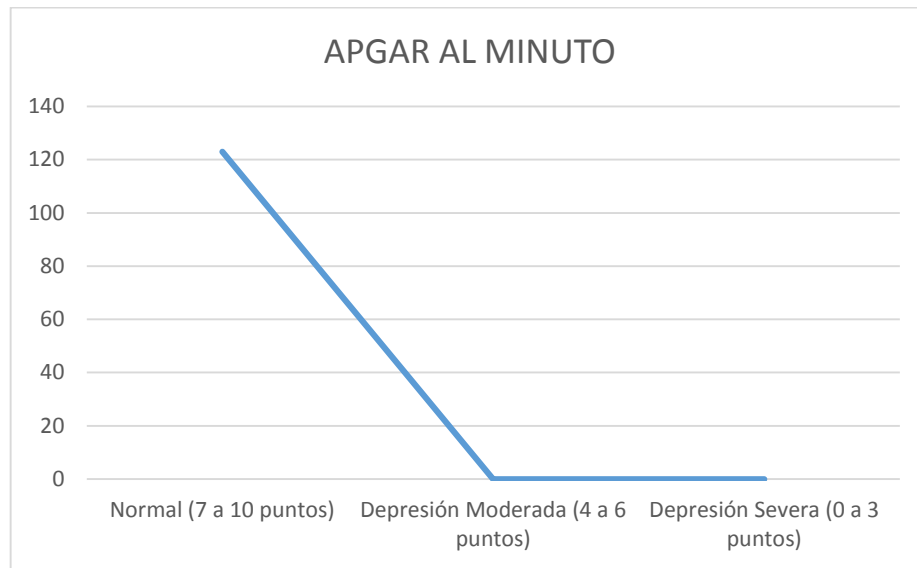
Hallazgos perinatales: Resultados del APGAR del recién nacido en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

APGAR al minuto	n	%
Normal (7 a 10 puntos)	123	100.0%
Depresión Moderada (4 a 6 puntos)	0	0.0%
Depresión Severa (0 a 3 puntos)	0	0.0%
Total	123	100.0%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Se observó que del 100 % de nuestra población sujeta a estudio, respecto al APGAR al minuto, se encontró el valor normal en los 123 casos correspondiendo al 100%, dado que no se registraron casos de recién nacidos con depresión moderada o severa.



Fuente: Tabla 5.

Gráfico 4

Valoración del APGAR del recién nacido en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022.

Tabla 6

Hallazgos perinatales: Resultados del APGAR del recién nacido en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

APGAR a los 5 minutos	n	%
Normal (7 a 10 puntos)	123	100.0%
Depresión Moderada (4 a 6 puntos)	0	0.0%
Depresión Severa (0 a 3 puntos)	0	0.0%
Total	123	100.0%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Se observó que del 100 % de nuestra población sujeta a estudio respecto al APGAR a los 5 minutos, se encontró el valor normal en los 123 casos correspondiendo al 100%, no se registraron casos de recién nacidos con depresión moderada o severa.

Tabla 7

Hallazgos perinatales: Resultados del líquido amniótico del recién nacido en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

Líquido amniótico	N	%
Claro	110	89.4%
Verde Claro	6	4.9%
Verde Oscuro	7	5.7%
Total	123	100.0%

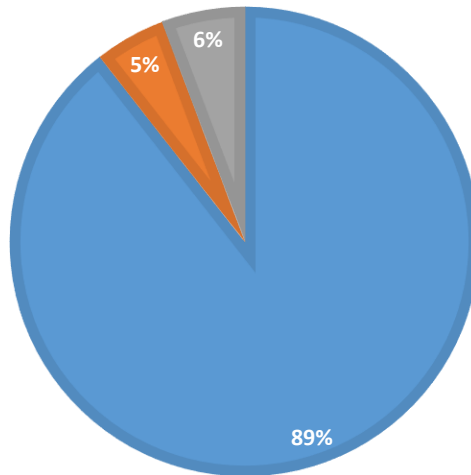
Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

En cuanto a hallazgos perinatales resultados del líquido amniótico, del 100% de la población sujeta a estudio, el líquido amniótico Claro se presentó en 110 casos que representa el 89.4%, mientras que el líquido amniótico verde Oscuro se presentó en 7 casos que representa el 5.7% y el líquido verde Claro se registró en 6 casos que representa el 4.9%.

LÍQUIDO AMNIÓTICO

■ Claro ■ Verde Claro ■ Verde Oscuro



Fuente: Tabla 7.

Gráfico 5

Valoración del líquido amniótico del recién nacido en gestantes a término en el Centro de Salud Ciudad Nueva de junio 2021 – mayo 2022.

Tabla 8

Hallazgos perinatales: Referencias de gestantes a término que se realizaron Test no Estresante en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

Referencia	N	%
Si	71	57.7%
No	52	42.3%
Total	123	100.0%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Del 100% de gestantes sujetas a estudio, respecto a si tuvo referencia a un establecimiento de mayor resolución, el SI fue referida registró 71 casos que representa el 57.7% y el NO fue referida registró 52 casos que corresponde al 42.3% de los casos.

Tabla 9

Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y Vía del parto de las gestantes, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

Hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante	Tipo_Parto				
	Cesárea		Vaginal		
	n	%	n	%	
NST	Anormal (Hipoactivo reactivo, Activo no reactivo, hipoactivo no reactivo)	03	06.98%	03	03.75%
	Normal (Activo reactivo)	40	93.02%	77	96.25%
	Total	43	100.00%	80	100.00%
Fisher	Dudoso	04	09.30%	04	05.00%
	Fisiológico	39	90.70%	76	95.00%
	Total	43	100.00%	80	100.000%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

Se observa respecto a vía del Parto en relación a los hallazgos cardiotocográficos del NST; se registraron 43 cesáreas, de ellas el resultado Normal (Activo reactivo) registró 40 casos que corresponden al 93.02% y el resultado Anormal registró 03 casos que corresponden al 6.98%.

Se registraron 80 partos por vía vaginal, de ellas el resultado Normal (Activo reactivo) registró 77 casos que corresponde al 96.25% y con resultado Anormal corresponden el 3.75%.

En relación al Test de Fisher, del 100% de las cesáreas, los resultados Fisiológicos registran 39 casos que corresponde al 90.70% y resultado Dudoso registra 4 casos que representa el 9.30%. Del 100% de partos vía

vaginal el 95.00% tiene como resultado fisiológico y el 5.00% resultó dudoso.

Tabla 10

Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante APGAR al minuto de las gestantes y, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

Hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante		Valor del APGAR al minuto			
		7 a 10		menor de 7	
		n	%	n	%
NST	Anormal (Hipoactivo no reactivo, hipoactivo reactivo, Activo no reactivo)	6	4.9%	0	0.0%
	Normal (Activo reactivo)	117	95.1%	0	0.0%
	Total	123	100.0%	0	0.0%
Fisher	Dudoso	8	6.5%	0	0.0%
	Fisiológico	115	93.5%	0	0.0%
	Total	123	100.0%	0	0.0%

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

En cuanto a resultados del APGAR al minuto respecto a los hallazgos cardiotocográficos de Test no Estresante, se encontró que el resultado Normal (activo reactivo) representa 95% (117) del total de casos y sus Recién nacidos obtuvieron el APGAR al minuto mayor de 7. Mientras que el resultado Anormal representa el 4.9% (6) del total de casos y sus recién nacidos obtuvieron el valor del APGAR al minuto mayor de 7. Respecto al Test de Fisher el resultado fisiológico representa el 93.5% (115) y el resultado dudoso el 6.5% (8) en ambos casos el 100% de sus recién nacidos obtuvieron el APGAR al minuto mayor de 7.

Tabla 11

Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y APGAR a los 5 minutos de las gestantes, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

Hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante	APGAR a los 5 minutos				
	mayor de 7		menor de 7		
	n	%	n	%	
NST	Anormal (Hipoactivo no reactivo, hipoactivo reactivo, Activo no reactivo)	6	4.9%	0	0.0%
	Normal (Activo reactivo)	117	95.1%	0	0.0%
	Total	123	100.0%	0	0.0%
Fisher	Dudoso	8	6.5%	0	0.0%
	Fisiológico	115	93.5%	0	0.0%
	Total	123	100.0%	0	0.0%

Interpretación:

En cuanto al resultado del APGAR a los 5 minutos respecto a los hallazgos cardiotocográficos de Test no Estresante, se encontró que el resultado Normal (activo reactivo) representa 95% (117) del total de casos y sus Recién nacidos obtuvieron el APGAR al minuto mayor de 7; mientras que los resultados Anormales representan el 4.9% (6) del total de casos y sus recién nacidos obtuvieron el valor del APGAR a los 5 minutos mayor de 7. Respecto al Test de Fisher el resultado fisiológico representa el 93.5% (115) y los resultados dudosos el 6.5% (8), en ambos casos también el 100% de sus recién nacidos obtuvieron el APGAR al minuto mayor de 7.

Tabla 12

Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y Morbilidad de recién nacido de las gestantes, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

Hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante	Morbilidad neonatal									
	Sepsis		Macrosomía		Ictericia		Sano		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NST	Anormal (Hipoactivo reactivo, Activo no reactivo, hipoactivo no reactivo)									
	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	5	4%	0	0.0%
	Normal (Activo reactivo)									
	2	1.6%	9	7.3%	5	4.1%	97	78.9%	4	3.3%
	2	1.6%	10	8.1%	5	4.1%	102	82.9%	4	3.3%
Fisher	Dudoso									
	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%	7	5.7%	0	0.0%
	Fisiológico									
	2	1.6%	9	7.3%	5	4.1%	95	77.2%	4	3.3%
	2	1.6%	10	8.1%	5	4.1%	102	82.9%	4	3.3%

Interpretación:

Respecto a la Morbilidad, diagnóstico del alta del recién nacido y hallazgos cardiotocográficos, se observa que del 100% de los casos en primer lugar se dio diagnóstico Sano que representa el 82.9% (102) de recién nacidos teniendo previo resultado NST, Normal el 78.9% (97 casos) y el resultado NST anormal representa el 4% (5 casos).

En segundo lugar, el diagnóstico Macrosomía con el 7,3% (9) habiendo presentado el resultado NST Normal, con el 0.8% con 01 caso NST anormal

Los Diagnósticos Sepsis representa el 1.6% (2 casos), Ictericia representa el 4,1% (5 casos) y otros representan el 3,3% (4 casos), todos los anteriores con diagnóstico NST Normal al 100% y ningún resultado anormal.

Tabla 13

Coefficiente de correlación entre Hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante con el Parto, APGAR de recién nacido, morbilidad neonatal y líquido amniótico

Correlaciones			NST	Fisher
Rho de Spearman	Tipo_parto	Coeficiente de correlación	.073	.083
		Sig. (bilateral)	.424	.360
		N	123	123
	APGAR1	Coeficiente de correlación	.012	.152
		Sig. (bilateral)	.892	.093
		N	123	123
	APGAR5	Coeficiente de correlación	.079	.116
		Sig. (bilateral)	.385	.203
		N	123	123
	Morbilidad neonatal	Coeficiente de correlación	.032	.013
		Sig. (bilateral)	.721	.889
		N	123	123
	Líquido_amniótico	Coeficiente de correlación	.078	.091
		Sig. (bilateral)	.393	.319
		N	123	123

Interpretación:

Existe una correlación positiva muy débil entre el tipo de parto y NST. Dado que el valor p es mayor que 0.05, esta correlación no es estadísticamente significativa.

Existe una correlación positiva muy débil entre el tipo de parto y Fisher. La correlación no es significativa ya que el valor p es mayor que 0.05.

Hay una correlación prácticamente nula entre APGAR1 y NST. La correlación no es significativa ($p > 0.05$).

Hay una correlación positiva débil entre APGAR1 y Fisher. Esta correlación no es significativa al nivel 0.05, pero podría considerarse marginalmente significativa al nivel 0.10.

Existe una correlación positiva muy débil entre APGAR5 y NST. La correlación no es significativa ($p > 0.05$).

Existe una correlación positiva débil entre APGAR5 y Fisher. La correlación no es significativa ($p > 0.05$).

Hay una correlación positiva muy débil entre morbilidad neonatal y NST. La correlación no es significativa ($p > 0.05$).

Hay una correlación prácticamente nula entre morbilidad neonatal y Fisher. La correlación no es significativa ($p > 0.05$).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio se realiza dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud Ciudad Nueva del distrito de Ciudad Nueva de la Provincia de Tacna, es un establecimiento catalogado como materno perinatal con función obstétricas Neonatales básicas y capacidad resolutive I-4. Cuenta con equipos de Cardiotocografía que nos permiten realizar el Test no Estresante y el test de Fisher para valorar el bienestar fetal. Este hallazgo cardiotocográfico tiene un valor predictivo muy importante para determinar el lugar y la vía del parto.

Las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes sujeta a estudio son comparables con las de otros estudios realizados en diferentes centros de salud en Perú. La mayoría de las gestantes sujeta a nuestro estudio se encuentran en el grupo etario de 18 a 29 años, lo cual coincide con los datos de otros estudios como el de Ajnuta y Flores (37) Encontraron un porcentaje coincidente con el 53.79%. Tejada (7): Reporta que el 71.2% de las gestantes están en el rango de 20 a 34 años, con una edad promedio de 27 años y Conde y Zegarra (5): El 45% de las gestantes se encuentra entre los 18 a 22 años, con solo el 7% entre 33 a 35 años. Maquera (4): Observó que el 42.7% de las gestantes tiene entre 25 a 34 años, seguido por el 40.9% menores de 25 años.

En cuanto a grado de instrucción el mayor porcentaje de nuestra población tiene una instrucción secundaria 68% coincide con Ajnuta y Flores (37): que también encontraron que la mayoría tiene instrucción secundaria (56.82%). Tejada (7): Reporta un 64.7% con instrucción secundaria. Maquera (4): Observó un 63.5% con instrucción secundaria.

En términos de paridad, los resultados también son parecidos. El gran porcentaje de nuestras gestantes son nulíparas (45%). Maquera(4): El 44.2% son nulíparas, Conde y Zegarra(5): encontró el 40% de las gestantes son primigestas.

En el Centro de Salud Ciudad Nueva, se encontró que del 100% de gestantes: El 95.1% tienen como resultado "Feto Activo Reactivo" (FAR). El 1.6% tiene como resultado "Activo No Reactivo" (ANR). El 2.4% tiene como resultado "Hipoactivo Reactivo" (HR). El 0.8% tiene como resultado "Hipoactivo No Reactivo" (HNR). En comparación con Otros Estudios como Ajnuta y Flores (37): fue de 82.6% FAR y 17.4% FANR (Feto Activo No Reactivo) Maquera,(4): resultados: 91% FAR y el 9% FANR.

Nuestro estudio encontró alta prevalencia de resultados "Fisiológico" en el test de Fisher en comparación con otros estudios, Resultados: 93.5% "Fisiológico" y 6.5% "Dudoso", no se encontraron resultados sobre el Test Fisher en otros estudios.

La comparación de los resultados de la vía del parto entre los diferentes estudios muestra variaciones significativas. Mientras nuestra población de gestante encontró un porcentaje de 65% vaginal y 35% cesárea, Chura A (38) encontró 67.7 % vaginal y 32.3% cesárea. presentan proporciones similares de partos vaginales y por cesárea, otros estudios como los de Ajnuta y Flores (37), Conde y Zegarra (5) muestran una mayor prevalencia de partos vaginales con 82% y 93%.

La comparación de los resultados de la clasificación de APGAR al minuto entre diferentes estudios muestra variaciones significativas. Mientras que nuestra población sujeta estudio reportan un 100% de recién nacidos con APGAR normal. Gonzales A (3). reportó prevalencia de APGAR El 95.7% Normal y el 4.3% presentó un APGAR clasificado como depresión los valores de dicho estudio son más cercanos a nuestro estudio. Ajnuta y Flores (37) encontraron El 88.6% de los recién nacidos tuvieron un

APGAR normal al minuto y el 11.4% presentó depresión moderada. Reportaron un menor porcentaje de recién nacidos con APGAR normal y una presencia significativa de depresión moderada en comparación con los resultados de nuestro estudio. Conde y Zegarra reportaron que el 71% de los recién nacidos presentaron un APGAR al minuto entre 7 y 10. El 29% presentó APGAR entre 4 y 6.

La comparación de los resultados de la clasificación de APGAR a los 5 minutos entre diferentes estudios muestra una alta consistencia en la prevalencia de puntajes normales, con la mayoría de los estudios reportando cerca del 100% de recién nacidos con APGAR normal. Nuestro estudio identificó que el APGAR a los 5 minutos resultó Normal en un 100%. Tejada (7) encontró que el APGAR a los 5 minutos resultó normal en el 99.7% de los casos, Gonzales (3) en su estudio registró que el 98,3% presentaron un APGAR normal a los 5 minutos Maquera(4) interpretó que el APGAR al minuto 5 corresponde 99,7% de su población sujeta a estudio de Conde Zegarra (5), concluye al APGAR a los 5 minutos, el 100% de sus casos.

En relación a nuestro estudio el líquido amniótico claro representa el 89.4%, siendo mayor comparativamente al de Tejada (7) que representa el 78.8% y menor al estudio de Maquera (4) que representa el 96.9%, En relación al líquido anormal representa el 10.6% comparativamente mayor que el estudio realizado por Maquera (4) que representa el 3.1 % y menor que el estudio de Tejada (7) que representa el 21.2%.

De otro lado, se tiene que el 57.7% de las gestantes fueron referidas, esto sugiere que más de la mitad de las gestantes en este estudio necesitaban ser atendidas en otro establecimiento de mayor resolución. Asimismo, no se encontraron estudios con los que se pueda comparar estos resultados, por cuanto la mayoría son estudios en establecimientos de salud de mayor complejidad.

En relación a los NST con resultados activos reactivos que culminaron en Parto vaginal, en nuestro estudio corresponde a 96.25% similar a lo encontrado por Chura (38) que corresponde al 97.6% y mayor que Tejada (7) que corresponde al 89.4%, y los NST con resultados anormales 3.75%, Chura (38) 2,4% y Tejada (7) 10.6%.

Los ípartos que culminaron vía Cesárea arrojaron los resultados NST Activos reactivos en un 93.02% según nuestro estudio, Chura registró el 65% y Tejada 95%, así mismo los resultados anormales corresponden a nuestro estudio en 6.98%, Chura 35%y Tejada 5%. Estos hallazgos muestran variaciones en la interpretación de los resultados del NST y su relación con la vía del parto, sugiriendo que mientras algunos estudios encuentran una correlación moderada, otros no encuentran una relación significativa.

Nuestro estudio encontró que el 95% de los casos con un NST normal (activo reactivo) obtuvieron un puntaje de APGAR al minuto mayor de 7, mientras que el 4.9% de los casos con NST anormal también presentaron un APGAR al minuto mayor de 7, no se registró recién nacidos con APGAR menor a 7. Chura (38) observó que el 87.5% de las gestantes con un APGAR mayor de 7 tuvieron un NST activo reactivo, mientras que el 12.5% tuvieron un NST activo no reactivo. La correlación positiva alta ($P=0.722$) entre el NST y el APGAR, reportada por Chura, es comparable a la correlación implícita con nuestro estudio reforzando la importancia del NST como un indicador de buenos resultados perinatales. Gonzales (3) respalda los hallazgos de nuestro estudio al reportar que el 91.3% de las gestantes con un NST reactivo tuvieron un APGAR al minuto mayor o igual a 7. Sin embargo, el 0.9% de los casos con un NST no reactivo presentaron un APGAR menor a 7, lo que difiere ligeramente de los hallazgos de nuestro estudio, donde incluso los casos anormales tenían APGAR alto. Esta diferencia podría atribuirse a variaciones en la población de estudio o en los criterios de evaluación del NST. Conde Zegarra (5) también encontró

una alta incidencia de NST reactivos con puntaje de APGAR entre 7 y 10 (71%), la tendencia general de una correlación positiva entre un NST reactivo y buenos puntajes de APGAR es consistente con los resultados de nuestro estudio.

Asimismo, nuestro estudio encontró que el 95% de los casos con un NST normal (activo reactivo) obtuvieron un puntaje de APGAR al minuto mayor de 7, y los mismos resultados se observaron al evaluar el APGAR a los cinco minutos. En contraste, el 4.9% de los casos con NST anormal también presentaron puntajes de APGAR mayores de 7 tanto al minuto como a los cinco minutos. El estudio de Gonzales (3) respalda los hallazgos de nuestro estudio al reportar que el 93.9% de las gestantes con un NST reactivo tuvieron un APGAR a los cinco minutos mayor o igual a 7 puntos. Sin embargo, el 0.9% de los casos con NST no reactivo presentaron un APGAR menor a 7, y el 2.6% tuvo un NST insatisfactorio. Esta ligera discrepancia sugiere que, aunque un NST reactivo es un buen predictor de un APGAR alto, existen casos en los que un NST no reactivo puede estar asociado con buenos resultados perinatales. Maquera (4) observó que el 95.7% de las gestantes con un NST reactivo tuvieron recién nacidos con un APGAR a los cinco minutos de 7 o más puntos, mientras que el 0.3% tuvo menos de 7 puntos. Todos los casos con NST no reactivo obtuvieron un APGAR a los cinco minutos de 7 o más puntos. Estos resultados coinciden con los de nuestro estudio, aunque también destacan la posibilidad de buenos resultados incluso en casos de NST no reactivo.

En el presente estudio, se investigó la relación entre el diagnóstico de morbilidad neonatal al alta y los hallazgos cardiotocográficos previos. Los resultados indican que, del total de casos analizados, el diagnóstico predominante fue "Sano", representando el 82.9% de los recién nacidos. De estos, el 78.9% tuvo un resultado de NST normal, mientras que el 4% presentó un resultado previo NST anormal. En el caso de la macrosomía, el 7.3% de los diagnósticos se realizaron con un NST normal, y el 0.8%(01

caso) corresponde NST anormal. Los diagnósticos de sepsis e ictericia, aunque menos frecuentes, mostraron un patrón similar, con el 1.6% y el 4.1% de los casos respectivamente, todos con resultados de NST normal. Estos hallazgos subrayan la importancia del NST normal como un predictor positivo para un diagnóstico neonatal sano. Sin embargo, también se observó que ciertos diagnósticos de morbilidad, aunque en menor proporción, ocurrieron en presencia de un NST normal, lo que sugiere que otros factores pueden estar influyendo en estos resultados y deben ser considerados en futuros estudios.

La significancia estadística:

Se utiliza para evaluar si los resultados observados son consistentes con la hipótesis nula de no asociación. En nuestro cuadro de Spearman:

- Los valores p mayores que 0.05 indican que no hay suficiente evidencia para sugerir una asociación significativa entre las variables.
- Los valores p menores que 0.05 indicarían una asociación significativa, pero no se observó ninguno en el cuadro proporcionado.
- Valores p entre 0.05 y 0.10 pueden considerarse marginalmente significativos, como se observó en el caso de APGAR1 y Fisher.

Es importante considerar que la significancia estadística no implica necesariamente una relación causal, y que la magnitud de la correlación también debe ser interpretada para entender la fuerza de la asociación.

CONCLUSIONES

Respecto a las características muestras de gestantes sujeta a estudio es mayoritariamente una población joven, con instrucción secundaria, nulíparas o primigestas.

1. En cuanto hallazgos cardiotocográficos:

En nuestro estudio se encontró que del 100% de gestantes el 95.1% tienen como resultado Normal (Feto Activo Reactivo), el 4.9% tiene como resultado anormal (Activo No Reactivo, Hipoactivo Reactivo, hipoactivo no reactivo). La proporción de resultados anormales de otros estudios es significativamente mayor en comparación con nuestro estudio. Esto puede indicar diferencias en la población estudiada o en la metodología utilizada para realizar el NST.

Respecto al test de Fisher encontró alta prevalencia de resultados "Fisiológico" en el test de Fisher. Resultados 95.1% Fisiológico y 6.5% Dudoso, no existen otros estudios similares.

2. En cuanto a los resultados Perinatales:

Sobre la vía del Parto se encontró parto vaginal corresponde al 65%, mientras el parto vía cesárea correspondiente al 35%.

Se identificó que el APGAR al minuto y APGAR a los 5 minutos el resultado es similar. En el 100% de recién nacidos de nuestras gestantes sujeta a estudio, resultó Normal en un 100%, no se registraron casos de recién nacidos con depresión moderada o severa.

En cuanto al resultado del líquido amniótico, en el 100% de partos de la población sujeta a estudio, el líquido amniótico claro representa el 89.4%, el verde oscuro el 5.7% y verde claro representa el 4.9%.

Respecto a las Referencias del total de gestantes sujeta a estudio el 57.7% fue referida y atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna y el 42.3% su parto fue atendido en el Centro de Salud Ciudad Nueva.

3. En cuanto a la relación de los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante con el tipo de parto, puntaje de APGAR del Recién Nacido:

Del 100% de cesáreas registradas, el 93.02% tuvo un resultado NST activo reactivo y el 6.98% tuvo resultados anormales. Del 100% de Partos Vaginales el 96.25% tuvo un resultado NST activo reactivo y el 4.82% tuvo resultados anormales.

Respecto al APGAR al minuto y a los 5 minutos, los hallazgos son similares, los resultados normales del NST (activo reactivo), constituyen el 95% de los casos, donde los recién nacidos obtuvieron un puntaje de APGAR al minuto y a los 5 minutos mayor de 7. Los resultados anormales representan el 4.9% de los casos, con recién nacidos que también obtuvieron un APGAR al minuto mayor de 7.

Este hallazgo sugiere que un NST activo reactivo está fuertemente asociado con resultados favorables en el puntaje de APGAR al minuto y a los 5 minutos.

4. Relacionar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Morbilidad y mortalidad Neonatal:

Los resultados indican que, del total de casos analizados, el diagnóstico predominante fue "Sano", representando el 82.9% de los recién nacidos. De estos, el 78.9% tuvo un resultado de NST normal, mientras que el 4% presentó un resultado previo NST anormal. En el caso de la macrosomía, el 7.3% de los diagnósticos se realizaron un resultado previo de NST normal, y se registraron 1 caso NST anormal que representa un 0.8%. Los diagnósticos de sepsis e ictericia, aunque menos frecuentes, mostraron un patrón similar, con el 1.6% y el 4.1% de los casos respectivamente, todos con resultados de NST normal.

5. En el presente estudio no se registraron casos de mortalidad Neonatal; por lo tanto, no nos permitió establecer la relación entre los hallazgos cardiotocográficos y la mortalidad perinatal.

En general, los coeficientes de correlación entre las variables examinadas son bastante bajos, lo que indica correlaciones débiles o muy débiles. Además, ninguna de las correlaciones es estadísticamente significativa al nivel convencional de 0.05, lo que sugiere que no hay evidencia suficiente para concluir que existe una asociación significativa entre las variables estudiadas en esta muestra.

RECOMENDACIONES

1. Se debe orientar a la gestante sobre la importancia del valor predictivo del bienestar fetal que tiene la prueba del test no estresante. Esta atención es parte integral del control prenatal y es muy necesario realizar al menos tres monitoreos electrónicos fetales.
2. A los obstetras que realizan el test no estresante, se les recomienda mejorar los registros respectivos. La información consignada constituye una fuente de datos importante para futuros trabajos de investigación.
3. A la jefatura del servicio de Obstetricia se le recomienda programar cursos de actualización que incluyan temas sobre la interpretación de trazados cardiotocográficos.
4. A la Gerencia del establecimiento se le recomienda gestionar el incremento de equipos cardiotográficos de mayor tecnología, especialmente en las unidades de observación que aún no cuentan con dichos equipos, con miras a implementar la unidad de bienestar fetal.
5. Se recomienda a futuras investigaciones apliquen los hallazgos del monitoreo electrónico intraparto (MIP), con los resultados perinatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rafael N. Factores asociados con la ausencia de reactividad fetal basada en el Test no Estresante en gestantes para prevenir el riesgo de hipoxia fetal, que acuden al Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna 2014, Tesis para optar el título de Segunda especialidad en monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes. Universidad Nacional “Hermilio Valdizan” Escuela de Post Grado, facultad de Obstetricia, Huánuco 2015.
2. Cárdenas E. Correlación entre la reactividad fetal basado en el Test no Estresante y el APGAR del neonato en gestantes que acuden al Centro de Salud Ciudad Nueva en el periodo de enero a diciembre del 2014. Tesis para optar el título de Segunda especialidad en monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes. Universidad Nacional “Hermilio Valdizan” Escuela de Post Grado, facultad de Obstetricia, Huánuco 2015.
3. Gonzales A. Determinar la Relación entre el Test no Estresante y el APGAR del Recién Nacido en gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo de enero – junio 2016, Tesis para optar el título de Segunda especialidad en monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes. Universidad Nacional “Jorge Basadre Grohmann” Escuela de Post Grado, facultad de Obstetricia, Tacna 2019
4. Maquera J. relación entre los Resultados de la Prueba No Estresante y los Resultados Perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2016, Tesis para optar el título de Segunda especialidad en monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes. Universidad Nacional “Jorge Basadre Gromhann” Escuela de Post Grado, facultad de Obstetricia, Tacna 2019
5. Conde A, Zegarra R. Relación entre los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe de enero a junio de 2017. Tesis para optar el título de Segunda especialidad en monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes. Universidad “Norbert Wiener” Facultad de Ciencias de la salud, escuela académica profesional de Obstetricia, facultad de Obstetricia, Lima 2018

6. Cahua M.D. Relación que existe entre la valoración cardiotocográfica del Test no Estresante con los resultados perinatales en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero a junio del 2020, Tesis para optar el título de Segunda especialidad en monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes. Universidad San Martín de Porras, facultad de obstetricia y enfermería unidad de posgrado, Lima 2021.
7. Tejada, la relación entre las conclusiones del Test no Estresante y los resultados perinatales en embarazos a término de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero – agosto 2015 Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia, Universidad Nacional mayor de San Marcos Facultad de Medicina Escuela Académica Profesional. de obstetricia Lima 2016
8. Sabbagha, R, Tamura. Ultrasonido Diagnóstico de anomalías fetales. Estados Unidos de Norte América. 2010
9. Chango E, Velos P. Valor predictivo del monitoreo fetal anteparto para determinar complicaciones del neonato al nacimiento en mujeres embarazadas dentro 18 -35 años en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo-abril del 2014 [En línea] 2014 Disponible en <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7388>
10. Guías de Practica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018.pdf. (s. f.).
11. Guía de Procedimientos asistencial de monitoreo electrónico fetal anteparto (NST) en la unidad de bienestar fetal (UVBF). (s. f.). http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014/rd_129_2014.pdf
12. Navarro A. Manual de Monitoreo Fetal. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2015.
13. Bajo J. Ultrasonografía Obstétrica y Flujiometría Doppler. Segunda Edición Primera Reimpresión. Editorial Marbán. 2006.
14. Espinoza D, Clemente L, Espinoza L. Hallazgos cardiotocográficos en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa valdivia - Huancavelica [Tesis], editor. [Huancavelica]: Universidad nacional de Huancavelica; 2016.
15. Cypher RL. Un enfoque estandarizado para la monitorización fetal electrónica en obstetricia de cuidados intensivos. Enfermeras neonatales J Perinat. 2018; 32(3): p. 112-121.

16. Huamán J. Monitoreo electrónico fetal cardiotocografía. 1ra ed. Lima. Gráfica Columbus SRL; 2010.
17. Ramírez J. Pruebas de Bienestar Fetal [Internet] Lima. 2008. Disponible en: <http://es.slideshare.net/malaverry/pruebas-debienestar-fetal-presentation>
18. Gallo, M. y Martínez, C. Santiago Blázquez. Control del bienestar fetal anteparto. Métodos biofísicos y bioquímicos. [consultado 28 agosto 2022]. Disponible en: <http://media.axon.es/pdf/53536.pdf>.
19. Bailey Re. Intrapartum Fetal Monitoring. American Family Phisicyan (www.aafp.org/afp). Volume 80, Number 12. December 15, 2009.
20. Management of Intrapartum Fetal Heart Rate Tracings. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. Number 116, No. 5, November 2010.
21. Sweha A, Hacker Tw, Nuovo J. Interpretation of the Electronic Fetal Heart Rate During Labor. Am Fam Physician. 1999 May 1;59(9):2487-2500.
22. Garite Tj, Rice Simpson K. Intrauterine Resuscitation During Labor. Clinical Obstetrics and Gynecology. Volume 54, number 1, 28-39. March 2011.
23. <https://www.icarectg.com/wp-content/uploads/2018/05/Gui%CC%81a-de-monitorizacio%CC%81n-fetal-intraparto-basada-en-fisiopatologi%CC%81a.pdf>
24. American Academy Of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetric Practice. The APGAR Score. Pediatrics.(2015)136:819-22.
25. Simon L V., Bragg BN. APGAR Score. StatPearls. (cited 2018 may 28). Available from [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29262097](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29262097)
26. Cerviño N, Pagés G. Capítulo 22: Patología del líquido amniótico. [Consultado el 06 de octubre del 2022]. Disponible en: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_22.pdf
27. Saldívar D, Cabero L. Operatoria Obstétrica: Una revisión actual. En: Finalización del embarazo con cesárea. 1º edición; Editorial Medica Panamericana. 2009; 223-224

28. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia Schwarcz. [Internet]. 6ta edición. Ateneo E el, editor. Vol. 6. Latinoamerica; 2005. Citado en [Consultado el 11 de abril del 2023]; 431; 433; Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=0CTGAAAACAAJ&dq=Obstetricia+Schwarcz.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiHqbaes6LXAhVLh5AKHVG7BMYQ6AEIJTAA>
29. Fontaine Terry, Ernesto La; Fontaine Terry, Juan Carlos La; Paulina Simba, Natercia; Cutiño Guerra, Margelis. Morbimortalidad materna y neonatal en la cesárea primitiva. Arch. Med. mayo-jun.2006, Camaguey; 10(3).
30. Lomuto C. Mortalidad infantil y neonatal. 2012 [Citado el 12 de octubre del 2023]. Disponible desde: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/MORTALIDAD%20INFANTIL%20Y%20NEONATAL.pdf>.
31. Romero A, Díaz A, Fornieles Y, López M, Calero L, Ferreras M. Codificación en CIE9-MC: 15 determinadas condiciones con origen en el periodo perinatal. España: Servicio Andaluz de Salud; 2010.
32. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Vigilancia de la salud fetal intraparto, Lima, Perú. 2010:336-352.
33. Authored by Dr Jacqueline Payne, Reviewed by Dr John Cox | Intrapartum Fetal Monitoring Last edited 4 Feb 2015 | Meets Patient's editorial guideline <http://www.patient.co.uk/showdoc/40000220/>
34. Evaluación intraparto. En: Williams obstetrics. 23 ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2010. p. 284-311.
35. García-Alix Pérez A. Estado fetal no tranquilizador, asfixia perinatal y encefalopatía neonatal. Editorial. An Pediatr 2005; 63 (1): 1-4.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. Washington DC: ACOG; 2009. p. 192-202. (ACOG practice bulletin; no. 106).
37. Ajnuta R, Flores G. Relación del Test no Estresante y el APGAR del recién nacido en el centro de salud Orcopampa de Arequipa, junio 2020 a mayo del 2022.

38. Chura A, Relación entre los resultados del Test no Estresante y los resultados perinatales. Hospital Regional Ayacucho - 2014.
39. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología, la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). [Internet]. [Consultado 3 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/clap>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: RELACION ENTRE HALLAZGOS CARDIOTOCOGRÁFICOS DEL TEST NO ESTRESANTE Y RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES A TÉRMINO, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA JUNIO 2021 – MAYO 2022

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODO	
<p>PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Existe relación entre los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva durante el periodo junio 2021 a mayo 2022?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL Determinar los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y resultados perinatales en gestantes a término atendidas en el Centro de Salud de Ciudad Nueva durante el periodo junio 2021 a mayo 2022.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: Existe relación significativa entre los hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y los resultados perinatales en gestantes a término atendidos en el Centro de Salud de Ciudad Nueva durante el periodo junio 2021 a mayo 2022.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante</p>	<p>Resultados Test de Fisher Resultado del Test no Estresante</p>	<p>DISEÑO: El presente trabajo de Investigación corresponde a un diseño no experimental y retrospectivo.</p> <p>POBLACIÓN: 600 gestantes.</p> <p>MUESTRA: 123 gestantes</p> <p>TÉCNICA: Análisis documental mediante la revisión del libro de registro de Test no Estresantes, reportes de Test no Estresantes, historias clínicas maternas y perinatales, así como los libros de registros de Sala de Partos de los EESS C.S. Ciudad Nueva y Hospital Hipólito Unanue de Tacna.</p> <p>INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos.</p> <p>ESTADÍSTICA: Herramientas estadísticas como el chi² frecuencia y porcentajes.</p>	
<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS: ¿Cuáles son los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?</p> <p>¿Cuáles son los principales resultados perinatales de las gestantes a término sometidas al Test no Estresante en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.</p> <p>Conocer los resultados Perinatales de las gestantes a término en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.</p>		<p>VARIABLE DEPENDIENTE: Resultados perinatales</p>			<p>Tipo de Parto Puntaje de APGAR Líquido Amniótico Morbilidad Neonatal Mortalidad Perinatal</p>
<p>¿ Existe relación entre los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante con el tipo de parto, puntaje de APGAR del Recién Nacido en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?</p> <p>¿Existe relación entre los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Morbilidad Neonatal en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?</p> <p>¿Existe relación entre los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Mortalidad Perinatal en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022?</p>	<p>Relacionar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante con el tipo de parto, puntaje de APGAR del Recién Nacido en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.</p> <p>Relacionar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Morbilidad Neonatal en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.</p> <p>Relacionar los hallazgos Cardiotocográficos del Test no Estresante y la Mortalidad Perinatal en el Centro de Salud de Ciudad Nueva-Tacna, durante el periodo de junio 2021 a mayo 2022.</p>		<p>VARIABLE INTERVINIENTE: Características socio demográficas y Obstétricas.</p>			<p>Edad materna Grado de Instrucción Paridad</p>

INSTRUMENTO

Relación entre hallazgos cardiotocográficos del Test no Estresante y resultados perinatales en gestantes a término, atendidos en el Centro de Salud Ciudad Nueva, junio 2021 – mayo 2022

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

N.º Historia Clínica

1. EDAD
Menores de 19 años () 20-34 años () Mayores de 35 años ()
2. GRADO DE INSTRUCCIÓN
Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()
3. PARIDAD
Nulípara () Primípara () Multípara () Gran Multípara ()
4. EDAD GESTACIONAL

II. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL

Resultado NST:

- Activo Reactivo ()
- Activo No Reactivo ()
- Hipoactivo No Reactivo ()

Resultado Test de Fisher:

- Fisiológico ()
- Dudoso ()
- Severo ()

III. RESULTADO PERINATAL

1. TIPO DE PARTO:
Cesárea () Vaginal ()
 2. RESULTADO DEL APGAR:
APGAR al minuto () APGAR a los 5 minutos ()
 3. LIQUIDO AMNIÓTICO:
Claro () Verde Claro () Verde Oscuro ()
 5. BIENESTAR FETAL:
REFERENCIA
SI () NO () Diagnóstico.....

 - HOSPITALIZACIÓN
SI () NO ()
Diagnóstico de Ingreso:
Diagnóstico de Egreso:
6. MORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO:
SI () NO () Causa: