



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Tesis

Resultados del monitoreo fetal intraparto y puntaje Apgar en recién nacidos
atendidos en el Centro de Salud Chirinos, Cajamarca 2022

Para optar el Título de
Especialidad en Monitoreo Fetal

Presentado por:

Autora: Tapia Avendaño, Beatriz


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5756-8113>

Asesora: Mg. Tabory Villarreal, Lourdes del Rosario

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7755-1498>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Beatriz Tapia Avendaño, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Obstetricia / Escuela de Posgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Resultados del Monitoreo Fetal Intraparto y Puntaje Apgar en Recien Nacidos atendidos en el centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022”.Asesorada por la docente: Lourdes del Rosario Tabory villarreal, DNI. 25732431, tiene un índice de similitud de 16 % con código OID: 14912:374201457, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma


Beatriz Tapia Avendaño
DNI:42149174



Firma

Lourdes del Rosario Tabory villarreal
DNI: 25732431

Lima, 22 de junio del 2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. En caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

En el reporte turnitin se ha excluido manualmnete solo lo que compone a la estructura del trabajo académico de investigación para Segundas Especialidades en Obstetricia, y que no implica a la originalidad del mismo, tales como indice, subindice, carátula.



Tesis

“Resultados del monitoreo fetal intraparto y puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en Centro de Salud Chirinos, Cajamarca 2022”

Líneas de Investigación

Salud y Bienestar

Asesora

Dra. Lourdes del Rosario Tabory Villarreal

Código Orcid

<https://orcid.org/0000-002-77551498>

DEDICATORIA

A mis padres por haberme impulsado siempre ir tras mis sueños, y ser mi pilar y primordial en cada etapa de mi vida, a mi hija quien siempre me motiva para mejorar personal y profesionalmente.

Beatriz

AGRADECIMIENTO

A Dios, que me brinda salud para poder cumplir mis metas propuestas.

A la Universidad Norbert Wiener por darme las facilidades de superación al personal que trabajamos en provincia.

El apoyo de mis familiares y compañeros de trabajo que me motivaron y brindaron el acceso de la información para realizar mi investigación.

La Autora

INDICE

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	11
1.1 Contextualización del problema	11
1.2 Problema de investigación	13
1.3 Objetivos de la investigación	13
1.3.1 Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos	14
1.4 Justificación	14
1.4.1 Justificación teórica	14
1.4.2 Justificación metodologica.....	14
1.4.3 Justificación practica	15
1.4.4 Limitaciones de la investigación	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes	17
2.1.1 Antecedentes internacionales	17
2.1.1 Antecedentes Nacionales.....	19
2.2. Bases Teóricas	22
2.3. Formulación de la Hipótesis	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	33
3.1 Diseño de la investigación.....	33
3.2 Población, muestra y muestreo	34
3.3 Variables y operacionalización	36
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.5 Procesamiento y análisis de datos	39
3.5 Aspectos éticos	39
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	40
4.1 Análisis descriptivo de resultados	40
4.2. Prueba de Hipótesis	45
4.3. Discusión de resultados	48
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
5.1 Conclusiones	51
4.2. Recomendaciones	51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS.....	57
Anexo 1. Matriz de consistencia	
Anexo 2: Instrumentos	
Anexo 3: Consentimiento Informado	
Anexo 4: Validez del instrumento	
Anexo 5: Prueba piloto	
Anexo 6. Base de datos	
Anexo 7: Carta de presentación de la Universidad para la recolección de los datos	
Anexo 8: Carta de autorización del Centro Materno para la recolección de los datos	
Anexo 9. Informe del asesor de Turnitin	

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficos de gestantes que se realizaron monitoreo fetal intraparto.

.....;Error!

Marcador no definido.

Tabla 2. Características obstétricas de gestantes que se realizaron monitoreo fetal intraparto.

.....40

Tabla 3. Resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes atendidas.

.....;Error! Marcador no definido.

Tabla 4. Resultado del monitoreo fetal intraparto según Categorías en gestantes atendidas

..... ;Error! Marcador no definido.

Tabla 5. Resultado del puntaje Apgar en recién nacidos atendidos ;Error! Marcador no definido.

Tabla 6. Tabla de contingencia Resultado del monitoreo fetal intraparto * Puntaje APGAR de recién nacidos. ;Error! Marcador no definido.

Tabla 7. Correlación Chi cuadrado entre el Resultado del monitoreo fetal intraparto * Puntaje APGAR en recién nacidos ;Error! Marcador no definido.

Índice de figuras

Figura 1. Porcentaje del Resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes atendidas.

...**¡Error! Marcador no definido.**

Figura 2. Porcentaje del Resultado del monitoreo fetal intraparto según Categorías en gestantes atendidas.

.....**¡Error!**

Marcador no definido.

Figura 3. Porcentaje del Resultado del puntaje Apgar en recién nacidos atendidos

.....45

RESUMEN

Objetivo: “Determinar la relación que existe entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022”

Material y Método: Estudio de enfoque cuantitativo, diseño observacional tipo correlacional y corte transversal. La muestra, 64 gestantes, técnica usada el análisis documental y ficha técnica de recolección de datos como instrumento, se usó el Programa estadística SPSS v25 para analizar los datos. **Resultados:** La edad de las gestantes 20- 34 años en 59.7%, eran convivientes en 76.1%, con estudios secundarios en 58.2%. Las características obstétricas, fueron multíparas el 53.7%, gestantes controladas el 88.1%. Resultados del monitoreo intraparto fue 91% de gestantes Categoría I, 9% Categoría II y Categoría III ninguno. Puntaje Apgar normal en 92.5% de recién nacidos y anormal en 7.5%. El valor de p fue 0,683, mayor a 0.05, lo que no fue significativo, se rechazó la hipótesis alterna. **Conclusiones:** No existe relación estadística significativa entre el Resultado del monitoreo fetal intraparto y puntaje Apgar en recién nacidos de gestantes atendidas en el Centro de Salud Chirinos, Cajamarca, 2022.

Palabras clave: Monitoreo fetal intraparto, gestantes, Apgar recién nacidos.

Abstract

Objective: “To determine the relationship that exists between the result of intrapartum fetal monitoring and Apgar score in newborns treated at Chirinos Health Center, Cajamarca 2022”

Material and Method: Study with a quantitative approach, observational correlational design and cross-sectional design. The sample, 64 pregnant women, the technique used was documentary analysis and a technical data collection sheet as an instrument, the SPSS v25 statistical program was used to analyze the data. Results: The age of the pregnant women was 20-34 years in 59.7%, their marital status in 76.1%, and the level of secondary education completed in 58.2%. The obstetric characteristics were 53.7% multiparous, 88.1% controlled pregnant women. Results of intrapartum monitoring were 91% of Category I pregnant women, 9% Category II and none Category III. Normal Apgar score in 92.5% of newborns and abnormal in 7.5%. The p value was 0.683, greater than 0.05, which was not significant, the alternative hypothesis was rejected. Conclusions: There is no significant statistical relationship between the result of intrapartum fetal monitoring and Apgar score in newborns of pregnant women treated at the Chirinos Health Center, Cajamarca, 2022.

Keywords: Intrapartum fetal monitoring, pregnant women, Apgar newborns.

Introducción

Actualmente la cardiotocografía intraparto, dentro del campo de la salud, permite a los profesionales obstetras tener una información clara y precisa de los trazados del monitoreo durante el trabajo de parto. Estas mediciones pueden ayudar a los profesionales de la salud a verificar el estado general del feto y a identificar las primeras señales de pérdida del bienestar fetal que permitirá detectar a tiempo la hipoxia fetal y durante el nacimiento la evaluación del APGAR y tener datos referenciales sobre el recién nacido. La cardiotocografía intraparto tiene una sensibilidad $> 95\%$ para predecir la acidosis fetal, pero tiene una baja especificidad por ello tiene alta tasa de falsos positivos. el compromiso fetal durante el trabajo de parto puede darse por problemas de insuficiencia placentaria, hiperestimulación uterina, hipotensión materna, compresión de cordón umbilical o desprendimiento de la placenta, la identificación y tratamiento de las causas reversibles puede evitar algunas intervenciones innecesarias. La investigación se estructura en 5 capítulos que a continuación se detalla:

Capítulo I: Planteamiento del problema, se expone la problemática que llevaron a la realización de este estudio.

Capitulo II: Marco teórico, constituye la teoría que sustenta esta investigación.

Capitulo III: La metodología, se detalla la realización del estudio de inicio hasta el final.

Capítulo IV: Presentación y discusión de resultados, se analiza las mediciones realizadas a la variable, así como el conocer la relación entre las variables y las diferencias o similitudes con otros estudios ya realizados.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, en esta sección se sintetiza los hallazgos más relevantes de la investigación, así como algunas recomendaciones en futuras investigaciones afines a esta temática.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Contextualización del problema

La introducción del Monitoreo Electrónico fetal (MEF) ha sido de gran ayuda para la identificación de patrones que expresen la buena salud fetal, aunque inicialmente en los años 70, fue utilizada como una prueba de rutina en los embarazos de alto riesgo, pero debido a su disponibilidad y facilidad de uso se volvió rutinario en los controles prenatales de la atención reenfocada en las gestantes.¹

La monitorización electrónica fetal nos permite diagnosticar la salud del feto evaluando su reacción cardiaca ante la cinética del feto y las contracciones del útero lo que nos permite predecir si el feto puede presentar hipoxia o acidosis, ya que de presentarse estas alteraciones produciría secuelas o en el peor de los casos la muerte fetal.²

Según la Organización mundial de la salud, del total de muertes fetales que ocurren al año (2 millones aproximadamente) un 40% ocurrirían en el parto.³ He ahí la importancia de monitorear al feto para vigilar su salud durante el parto a través del monitoreo fetal electrónico que luego se verá reflejado y será corroborado con el test de Apgar para valorar su estado al momento y transcurso del nacimiento mediante los parámetros que éste mide

como los reflejos, la respiración, FCF, coloración de piel y tono muscular evidenciado, evaluando estos parámetros al primer y al quinto minuto después del nacimiento.⁴

El test de Apgar estima los cinco parámetros arriba mencionados con valores de 0 a 2, si la puntuación total tiene una valoración menor de 6 al minuto de vida va requerir maniobras de reanimación; y si tiene un valor menor de 7 a los 5 minutos se podría sospechar de daño neurológico.⁵

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2020 público cada 16 segundos ocurre una defunción del feto, produciéndose así un promedio de dos millones de defunciones perinatales de dos millones de defunciones perinatales por año ocurridos en el planeta. Donde más del 40% ocurre durante el trabajo de parto.⁶

El Ministerio de Salud en 2021 refirió que el 76% de defunciones fetales se notificaron al principio del tercer trimestre (28 semanas de embarazo). De cada 100 muertes del feto 12 en el periodo de labor de parto, que supera el 10% del total de las defunciones fetales notificadas. Según el cálculo concluido por la estadística del MINSA la Tasa de Muerte en el neonato (TMN) en 2020 fue 8,70 por 1000 que nacieron vivos, teniendo Cajamarca una TMN igual o superior a 11,30 por 1000 nacidos vivos.⁷

La red de salud San Ignacio reportó ese año 60 muertes perinatales de las cuales 28 fueron neonatales y 32 fetales teniendo una TMN fue de 7.8 por 1000 nacidos vivos 3 teniendo una incidencia menor que la región.

Las primordiales de defunciones fueron, la hipoxia intrauterina con la más alta incidencia (21%), continuadas defunciones fetales que se complican por la placenta, y sus anexos (11%), seguidamente con defunciones fetales que se complican por el estadio del embarazo (8%), defunciones fetales ocurridas por enfermedades preexistentes antes del embarazo como la diabetes, enfermedades cardíacas, renales, etc. (7%), malformaciones congénitas (5%), y afectación por los partos prematuros (3%). El 38% de estas muertes

neonatales de las defunciones neonatales se produjeron en el periodo de las primeras 24 horas ocurridos el nacimiento, causadas por asfixia en el parto. El 40% de las muertes se produjeron alrededor de los primeros 7 días de vida a causa de asfixia e infecciones primordiallymente. ⁷

En el centro de salud Chirinos el diagnóstico de pérdida de bienestar del feto en el parto se realiza con la visualización de meconio en el líquido amniótico si las membranas están rotas y auscultación de la frecuencia cardíaca del feto, primordiallymente mediante el Monitoreo Fetal Electrónico intraparto, donde obtendremos el resultado del estado de bienestar del recién nacido, observando atreves del Apgar neonatal.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con Monitoreo fetal intraparto atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022?

¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con Monitoreo fetal intraparto atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022?

¿Cuál es el resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes del Centro de Salud Chirinos, Cajamarca 2022?

¿Cuál es el resultado del puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

-Describir las características sociodemográficas de las gestantes con Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022.

-Describir las características obstétricas de las gestantes con Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022.

-Determinar el resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022.

-Identificar el resultado del puntaje Apgar en recién nacidos de gestantes atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022.

1.4 Justificación

1.4.1. TEÓRICA

El presente estudio nos ayudó a generar evidencia científica sobre el monitoreo fetal electrónico a nivel de atención primaria como el I-3, además podrá ser empleada para

generar, confrontar, ratificar o diferir teorías concernientes al tema de estudio y además podrá ser parte de antecedentes teóricos y también generará datos que pueden ser empleados en futuras investigaciones.

1.4.2 METODOLÓGICO

Los resultados obtenidos fueron útiles e importantes ya que nos brindó información relevante del monitoreo fetal intraparto, también aporta como metodología los instrumentos elaborados para próximas investigaciones cuando se plantee la misma problemática ya que dichos instrumentos se encuentran validados.

1.4.3 PRÁCTICA

Los resultados obtenidos fueron útiles e importantes ya que nos brindó información relevante a los trabajadores en el sector salud, de primer nivel de atención que no cuentan con médicos especialistas, ya que la investigación se ejecuta en el CS Chirinos (I-3) teniendo en cuenta que se encuentra a dos horas de distancia del establecimiento de salud con mayor nivel de capacidad resolutive, además los resultados del estudio también nos permitieron conocer el puntaje Apgar de los recién nacidos atendidos que será como línea de base para proponer el plan de trabajo obstétrico a continuar a fin de proponer estrategias para disminuir la mortalidad perinatal.

1.4.4 Limitaciones de la investigación

Debido a que el centro de salud Chirinos es de categoría I-3 y solo se atienden partos inminentes y sin complicaciones no todas las gestantes tienen una evaluación del monitoreo fetal, además la falta de personal capacitado en monitoreo fetal electrónico e interpretación de resultados puede afectar la calidad de los datos recopilados.

El monitoreo fetal electrónico requiere equipo especializado que puede no estar disponible o ser de baja calidad en centros de provincias, a lo que se añan problemas de infraestructura como la falta de energía eléctrica, internet y otros recursos básicos puede dificultar la recopilación y análisis de datos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Sánchez L. (2019), en Ecuador, investigó para “Determinar la correlación entre resultados cardiotocográficos intraparto como indicador para cesárea de emergencia y su resultado neonatal”. Metodología descriptiva, observacional, se realizó en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson, de Guayaquil, participaron 313 gestantes. Resultados; El 38.02 % tuvo un Apgar < 6 al minuto del nacimiento y 28.12 % a los cinco minutos. Se obtuvo una línea de base de FC fetal de menos de 120 lpm en 53.70 % y mayor a 160 lpm en 20.10 % de casos. Los resultados evidenciados fueron que la sensibilidad con 82.21 % ante una especificidad del 38.33 % en neonatos en condiciones adversas. La Prueba del Chi cuadrado demostró relación estadística significativa entre los RCTG y el Apgar al nacimiento el valor de $p=0.027$, < 0.05 . Conclusión, aceptación de hipótesis alterna de investigación.⁸

Altamirano K, en el año 2019, en Nicaragua, propuso “Evaluar el monitoreo fetal no estrés test en relación al diagnóstico de pérdida de bienestar fetal en las gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Fernando Vélez Paiz aplicando los criterios establecidos por la ACOG”. Cuyo diseño utilizado fue observacional y descriptivo, realizado en el periodo de febrero-julio del 2018 se incluyeron 208 gestantes. Cuyos datos obtenidos fue el 24.4% se emplearon reanimación al fetos dentro del útero cuando manifestaron alteraciones en el monitoreo intraparto, de las cuales las relevantes fueron: variabilidad con los valores mínimos con 28.9%, y un 23% tuvo taquicardia fetal en test no estresante como en el intraparto presentando desaceleraciones cuya recuperación era retardado 7.4, así mismo no se evidencio asociación entre el Apgar, y encuentros después de la operación que pudieron ser el meconio, alteraciones en el cordón umbilical, presencia de poco líquido amniótico, DPPNI, concluyendo así que no hay asociación con la interpretación cardiográfica que estableció la ACOG.⁹

Ramírez N et al. en el año 2019, en Guatemala, estudiaron para “Establecer la relación del monitoreo cardiotocográfico intraparto con el estado clínico del recién nacido”. La metodología que empleo fue un estudio analítico y transversal, que se realizó en hospital nacional de Chiquimula, participaron 271 embarazadas en labor de parto activo. Las conclusiones evidenciadas fueron: que las embarazadas con monitoreo fetal realizado en periodo de parto de categoría III aumenta su probabilidad de complicación de 9.2 para que el recién nacido este expuesto a hipoxia, en relación con las que tuvieron un monitoreo del feto en trabajo de parto con categoría I, así mismo concluyó el monitoreo que se le realiza al feto en trabajo de parto con resultado patológico, tiene una sensibilidad de 60% en detectar recién nacido con riesgo de hipoxia, y monitoreo del feto en trabajo de parto de categoría I es un indicador que el feto está en buenas condiciones fisiológicas

(especificidad de 88%). Utilizando el test de Fisher obteniendo un $P= 0,0007193$ que fue menor a 0.05. Se concluyó relación significativa entre variables de estudio.⁴

Coello E. Mejía C, en el año 2019, investigaron para “Determinar la relación entre el compromiso del bienestar fetal frente al Apgar del recién nacido”, donde empleo la metodología analítica y transversal, muestra 148 gestantes, los hallazgos: el riesgo obstétrico de más complicación tuvo con un 45% fue la preeclampsia, siendo en el feto la complicación más común con 40% la taquicardia fetal, 69% de los partos distócicos tuvieron un APGAR en rangos de 8 - 9 a comparación del 6% que tuvo el APGAR inferior a 6, cuando el parto fue eutócico 50% tuvo un APGAR en rangos de 8 y 9 en comparación al 18% que presentó APGAR menos de 6, donde se ve observa la necesidad de implementar la siguiente propuesta.¹⁰

Jurado C, en el año 2019, en Ecuador, en la investigación se propuso de objetivo “establecer la relación entre la monitorización fetal intraparto patológica, y el diagnóstico de sufrimiento fetal” Empleo metodología cuantitativa, analítica y de corte transversal; quien empleo una muestra de 81 embarazadas que tengan un diagnóstico de pérdida de bienestar fetal que tuvieron atención en hospital Matilde Hidalgo De Procel. Las conclusiones obtenidas fue un resultado de sensibilidad positiva con un 28%, a comparación que un 72% de resultados no se evidencio correlación con dicho diagnóstico, por ende, al practicar el monitoreo en periodo de parto el resultado alterado no definió que los fetos perdieron bienestar fetal (72%)¹¹

Antecedentes nacionales

Mateo N. (2022) en Perú, en la investigación que propuso “Determinar la valoración de los criterios de clasificación cardiotocográficos intraparto para predecir Apgar bajo” El tipo de investigación, observacional, correlacional y retrospectivo, participaron 167

mujeres embarazadas con monitoreo del feto en trabajo de parto. Teniendo como resultados: En las embarazadas tuvieron como media de 26.9 ± 6.4 años, donde su primera gestación fue de 35.9%, y las que tenían su primer parto de 43.7%, el Apgar al minuto fue bajo y a los cinco minutos fue 9.6%. Así mismo, ambas pautas si tienen relación con el score APGAR disminuido ($p < 0.001$). Así mismo, las variables estudiadas estuvieron relacionadas significativamente, directa y fuerte ($p < 0.001$, $Rho = 0.875$) Concluyendo de esta forma donde ambos criterios ayudan a predecir un score APGAR disminuido.¹²

Asto H. (2021) en Perú, en su investigación cuyo objetivo fue “Identificar el monitoreo fetal intraparto y su relación con el bienestar del recién nacido en Hospital Sabogal del Callao”. Estudio observacional, correlacional y retrospectivo, participaron 169 mujeres embarazadas. Los hallazgos, Línea de base de 110 a 138 lpm en 47.93% de gestantes adolescentes y adultas en 30.18%. La variabilidad fue moderada 5-15 lpm en 43.20% de gestantes adolescentes y 22.49% en adultas. Aceleraciones 37.28% en caso de gestantes adolescentes y en adultas un 22.49%. Se presentó taquicardia fetal (160-170 lpm) en 37,28% de gestantes adolescentes y en 23.08% de las adultas, bradicardia (100-110 lpm): 21.30% en gestante adolescentes, y gestantes adultas en 17.75%. también se encontraron resultados patológicos como el de Patrón sinusoidal (3-4 ciclos/min): 52.66% en adolescentes y en adultas en 33.14% correspondientemente. Se concluyó que el monitoreo realizado en el periodo del parto tiene relación estadística significativa ($p = 0.000$) con el color del líquido amniótico, score Apgar del neonato y características las sociodemográficas de las embarazadas.¹³

Mejía Z. En Perú, en el año 2021 en el estudio para “Describir las evidencias sobre la utilidad predictiva del monitoreo electrónico fetal intraparto de hipoxia y acidosis en el recién nacido”. Revisión bibliográfica de publicaciones cualitativa y descriptiva. Los Resultados: las embarazadas fueron a término en periodo de labor de parto que no

presentaron complicaciones anteriormente, salvo caso de 6 investigaciones. Respecto a las peculiaridades de los trazados de MEFI relacionados con alteraciones en el bienestar fetal se encontraron lo siguiente: alteración en línea de base evidenciando presencia de taquicardia o bradicardia, no se evidenciaron aceleraciones, presencia de desaceleraciones tardías frecuentes y estas a su vez q son prolongadas, alteraciones en la variabilidad como saltatoria, disminuida o ausencia de esta, ausencia de ciclos fetales. De 7 investigaciones evidenciamos cuando se hallaba aceleraciones y una variabilidad moderada se relacionaba con estado fetal fisiológico conservado. De 2 investigaciones evidenciamos mayor presencia de parálisis cerebral, una tenía relación con accidente obstétrico ocurrido en el parto. De 2 investigaciones evidenciamos el impacto en la mortalidad perinatal, donde un caso se relacionó con una emergencia obstétrica.¹⁴

Zevallos E, en Huánuco, en el año 2020, en la investigación que se propuso “Determinar la relación de los resultados del monitoreo fetal intraparto y el puntaje APGAR del recién nacido”. Estudio correlacional de corte transversal no experimental, participaron 46 gestantes, teniendo como conclusiones: se obtuvieron resultados de categoría I en el 78,3%; con categoría II se encontró 21,7%, ningún caso de categoría III. Neonatos con Apgar adecuado al minuto en 91,3%, y los que obtuvieron score de 4 a 6 fue de 8,7%. Cuando se evaluaron al recién nacido a los cinco minutos tras su nacimiento se evidencio que un 84,8% tuvo score Apgar entre 7 a 9 puntos, y de Score de 10 puntos solo un 15,2%.

15

Luis S. (2019), en Perú investigó para “Determinar la relación entre el monitoreo fetal y el Apgar del recién nacido de gestantes”. Tuvo como diseño transversal, correlacional, retrospectivo y observacional y de tipo descriptivo, fue muestreo no probabilístico conformado por 60 casos de embarazadas en el Hospital de Huaycán. Las conclusiones fueron: 92.9% tuvieron valores normales con la relación del monitoreo durante el parto y

score de Apgar. El 75% de los recién nacidos que tuvieron categoría I del monitoreo realizado en el parto. Y los de categoría II y III se evidenciaron asfixia, en el 25%. Concluyendo de esta investigación que el monitoreo que se realiza en el parto nos tendría a la expectativa ante cualquier complicación ocurrida en el feto, teniendo poca posibilidad que se produjera según este estudio.¹⁶

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Monitoreo fetal intraparto

Es el estudio permanente de la frecuencia cardíaca fetal y contracciones uterinas, imprimido en papel termosensible mediante un registro gráfico. Y así analizar la conexión entre ambos al momento del parto, observando así el bienestar fetal.^{17, 18}

Para un buen análisis del método empleado se tiene que conocer los criterios que nos ayuden a enumerar y analizar la frecuencia cardíaca fetal. Hay varias fuentes empleadas a la fecha, la FIGO (1987), el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG 2005), el Instituto nacional de salud del niño y desarrollo humano (NICHD 2006) así como los criterios utilizados según el Instituto Nacional Materno Perinatal, en cuanto a la observación de criterios, hay parámetros fundamentales para evaluar bienestar fetal como son: dinámica uterina, la frecuencia cardíaca fetal basal, las aceleraciones y las desaceleraciones y la variabilidad.^{19,20}

Contracciones uterinas

El conteo de las contracciones del útero se realiza durante 10 minutos, considerando el promedio de 30 minutos.²¹

Clasificación de las contracciones uterinas:

Es normal que haya al menos 3 contracciones en 10 minutos y un tiempo de 30 minutos.

La taquisistolia se presenta con mayor de cinco contracciones en diez minutos y un tiempo de treinta minutos.

Características de la contracción del útero:

Ante la presencia de taquisistolia, debemos dar importancia a la observación de deceleraciones de la FCF que se puedan manifestar.²¹

El término taquisistolia será independiente de las contracciones espontáneas o las que se producen con la oxitocina.

Los conceptos de hiperestimulación e hipercontractilidad no deberían ser considerados.

La constancia de las contracciones uterinas se evalúa parcialmente de la actividad uterina.

Tenemos que tener en cuenta también la duración, intensidad, el tono que es muy valorado en la interpretación.²¹

Patrones de la frecuencia cardiaca fetal

La línea de base, aceleraciones, desaceleraciones y la variabilidad son características que determinan los patrones FCF. }

Línea de base o frecuencia cardiaca fetal

Es una línea imaginaria en donde encontramos la mayor cantidad de latidos de la FCF cuando la frecuencia es estable, excluyendo las aceleraciones y desaceleraciones. Se determina durante un tiempo mínimo de 10 minutos y se expresa en latidos por minuto, visualizando que se mantenga estable durante 2 minutos de FCF, a su vez tendría que ser constantes, si no se visualiza esta media estaríamos ante una línea de base indeterminada.^{17,21,22}

La frecuencia cardiaca basal normal se considerada normal un valor de 120 a 160 latidos por minuto, y en labor de parto es considerada normal un valor de 110 a 160 latidos por minuto.

La taquicardia se considera como un valor mayor de 160 latido por minuto, se considera taquicardia leve con un rango de 161 y 180 latidos por minuto, así mismo cuando los valores superan los 180 latidos por minuto se considera una taquicardia grave.²²

La bradicardia es considerada cuando el promedio de la fcf se encuentra a un rango menor de 120 latido por minuto, cuando los rangos este entre la bradicardia 100 y 119 latido por minuto se considera bradicardia débil o moderada, cuando encontramos menos de 100 latidos x minuto se considera bradicardia severa. La bradicardia aguda presenta una disminución temporal de la FCF mayor en quince latidos que se encuentra debajo de la línea de base, que tenga duración mayor a 2 minutos.²³

Variabilidad

Es el equilibrio del mecanismo cardioestimuladores (S. simpático) y cardioinhibidores (S. parasimpático), el equilibrio de estos dos sistemas establece la FCF que estos presentan oscilaciones o fluctuaciones latido a latido.¹⁸ Es un importante indicador de la función cardiovascular y de la integridad de este sistema nervios. La variabilidad es expresada en latidos por minuto, la observación se realiza en 3 sectores diferentes en el trazado, evaluados en un minuto, no se evalúan en aceleraciones o desaceleraciones.^{17,22,23}

Normal o Moderada: con rango de amplitud entre 6 – 25lpm,⁵ en otras bibliografías consideran con un rango entre 5 – 25 lpm,¹⁸ indica fisiología fetal normal^{5,7,17,18,19}, y buen funcionamiento del sistema nervioso central.⁷ Nos indica un buen pronóstico³⁰, a pesar si evidenciamos bradicardia o desaceleraciones.²⁸ La variabilidad se considera normal a partir de las 32 semanas de embarazo.²⁴

Saltatorio o aumentada: oscilación mayor a 25 latidos de amplitud. Su presencia está en relación con las distocias funiculares. Es sumamente preocupante. Ante la presencia de un incremento de la variabilidad, es considerado como el primer signo de hipoxia del feto

leve, siendo importante la observación constante en el inicio de las deceleraciones tardías.^{17,22,23}

Variabilidad reducida o mínima: oscilación menor a 5 lpm mayor de 50 minutos de trazado, también observados con una duración mayor de tres 3 minutos durante las desaceleraciones, manifiesta hipoxia y acidosis del sistema nervioso central. Podríamos considerarlo como un ritmo pre patológico en caso que fuera el único parámetro alterado, no es considerado como tal.^{15,23}

Variabilidad silente o ausente: No se evidencia amplitud, independientemente de las desaceleraciones. Tenemos que dejar de lado las etapas de descanso del feto (el sueño fetal nos podría confundir con patrones silentes), patologías del sistema nervioso central como anencefalia o hidrocefalia, anomalías cardíacas, estimulación parasimpática prolongada, hipoxia fetal prolongada, taquicardia persistente, o respuesta materna a medicación depresora del sistema nervioso central. Su persistencia nos manifiesta un cuadro de hipoxia fetal y acidemia.^{17,22}

Patrón pseudo-sinusoidal: muy parecido al sinusoidal, siendo a unos “dientes de tiburón”. Su tiempo muy rara vez pasa 30 minutos y anterior y posteriormente pueden tener un registro normal. La fisiopatología del patrón sinusoidal tiene relación a la anemia fetal severa, se asocia a fetos anémicos o hipoxia fetal grave. También se observan en hipoxia fetal aguda, infección, malformaciones cardíacas, gastroquisis e hidrocefalia^{15,18}

Aceleraciones

Es el incremento transitorio de la FCF por encima de la línea de base, que se relacionan con los movimientos fetales y las contracciones uterinas, con una amplitud y duración de 15 x 15 latidos por minuto. Son considerados de un buen pronóstico. En los embarazos menores de 32 semanas, se considera con una amplitud y duración de 10 x 10 latidos por minuto.^{20,23}

La característica de la aceleración es que inicia y vuelve a la línea de base estable, si esta más de 2 minutos se considerará aceleración prolongada, y si la aceleración perdura por más de 10 minutos se tomara cambio de línea de base.¹⁷ En caso evidenciamos aceleraciones que coincidan con las contracciones uterinas, sobre todo en la etapa de parto, tenemos que tener en cuenta que se podría estar registrando la frecuencia cardiaca de la gestante, en vez de la FCF, ya que la FCF generalmente tiende a la desaceleración con la contracción, lo que ocurre a la inversa con la frecuencia cardiaca de la madre que esta tiende a aumentar.^{22,23}

Desaceleraciones

Es el descenso transitorio de la FCF menos de la línea de base de 15 lpm y que tenga una duración mayor de 15 segundos. Fisiológicamente nos indica que el feto está presentando algún grado de estrés. Todas las desaceleraciones se definen como recurrentes si ocurren $\geq 50\%$ de las contracciones uterinas.²²

Desaceleraciones tempranas: disminución gradual y recuperación de la FCF. Es una imagen de espejo de las contracciones de forma especular, con variabilidad normal dentro de la contracción. Se asocian a la contracción uterina y tienden a ocurrir en trabajo de parto como etapa de dilatación o expulsivo, y ocurren por compresión cefálica fetal. No este asociado con hipoxia/acidosis.^{17,22}

Desaceleraciones tardías: Tiene una imagen invertida de las contracciones, y esta no es sincrónica, teniendo un desfase y se caracteriza tener un inicio y retorno gradual a la línea de base, con la reducción o elevación de la variabilidad intra-desaceleracion. Estas cuando termina la contracción uterina regresan a la línea de base.^{5,17,18} Están asociadas a hipoxia fetal asociadas a insuficiencia placentaria. Producidas con pequeñas contracciones indican severo compromiso placentario.^{17,21}

Desaceleraciones variables: constituyen la mayoría de las desaceleraciones en trabajo de parto, son disminuciones y de recuperación brusca de la FCF, son variables por la forma (V-U-W), lugar y tiempo durante las contracciones uterinas. Está relacionado con la compresión funicular, en este tipo de desaceleración no es posible evaluar variabilidad dentro de la contracción.^{5,15} Las desaceleraciones variables es el patrón más común en el trabajo por lo general no duran más de 60 segundos.⁷ Las desaceleraciones variables tienen muy poca relación a hipoxia/acidosis, salvo se dibujen como la letra “U” y estas tengan una variabilidad alterada ya sea disminuida o muy aumentada intra desaceleración, y con un tiempo mayor a 3 minutos.^{7,19}

Desaceleraciones prolongadas: Son disminución de la F.C.F que duran más de 2 o 3 minutos, pero menos de 10 minutos. Probablemente regulado por Quimiorreceptores y puede indicar hipoxia. Estas a su vez pueden ser de dos tipos por el efecto poseiro que es por compresión de la arteria aorta y la compresión de la vena cava inferior.^{21,22}

Categoría I Los trazados intrapartos de FCF catalogados con categoría I corresponde a los patrones normales. Son fetos no hipóxicos, no acidotico en el momento de su evaluación. No se requiere controles especiales, solo observación rutinaria.^{21,22} La categoría I debe incluir los siguiente: FCF basal normal (110-160 lpm), Variabilidad moderada (2-25 lpm), No evidenciar deceleraciones tardías o variables, En caso de deceleraciones precoces, puede haber como también que no, Puede evidenciar aceleraciones, o su ausencia.^{21,22}

Categoría II Las lecturas FCF de Categoría II no son concluyentes. Incluye todos los que no son categoría I o III. Esta categoría no exige una observación y vigilancia constante, tomando en cuenta las complicaciones o patologías que se asocian.²¹ Estos representan cierta cantidad considerada de trazados encontrados en la práctica. Incluye los siguientes

parámetros: FCF basal, Bradicardia sin variabilidad ausente, Taquicardia, Variabilidad: mínima, ausente o marcada.

Aceleraciones: Ausencia de aceleraciones inducidas con estimulación fetal

Deceleraciones

Desaceleraciones periódicas o episódicas

Desaceleraciones variables recurrentes acompañadas de variabilidad mínima o moderada

Desaceleraciones tardías recurrentes con variabilidad moderada Desaceleración prolongada Desaceleraciones variables con otras características como una recuperación lenta, aceleraciones que preceden o siguen a una desaceleración.²¹

Categoría III Estos considerados patológicos. Son predictivos de estado ácido-base fetal anormal durante la evaluación, requiere observar oportuna y acelerada. Las primeras medidas que se deben realizar dependiendo de la situación clínica, sería dar O₂ a la gestante, reposicionar a la gestante, suspender la estimulación y tratar la hipotensión de la gestante.¹⁷

Incluye: Variabilidad ausente que se asocia a: Deceleraciones tardías recurrentes, Deceleraciones variables recurrentes, Bradicardia, Patrón sinusoidal.²¹

Apgar del recién nacido

Es una evaluación del recién nacido que se mide al 1 y 5 minuto de vida para realizar una valoración del recién nacido. esta valoración nos facilitara la identificación de recién nacido que necesitaran reanimación. Nápoles, concluyo como una valoración rápida y segura realizado al recién nacido posteriormente del parto: en el primer minuto evalúa de qué forma soporto el parto, en el quinto minuto evalúa como el recién nacido se va adecuando a la adaptación al ambiente que a su vez nos ayudara a predecir el desarrollo neurológico del recién nacido.²⁵ la historia de la evaluación del Apgar data de 1952 fecha en la cual la Médico anesthesióloga Virginia Apgar, planteo la valoración de la vitalidad en

neonatos, esto tras ocurrido el periodo expulsivo del trabajo de parto, por medio de cinco signos clínicos objetivables que a su vez sean sencillos de explicar y relacionar el resultado.²⁵ Se evalúan cinco parámetros anatómicos y fisiológicos del recién nacido: la coloración de la piel, su FCF, los reflejos, el tono muscular y la respiración, recibiendo cada uno un puntaje de 0 a 2, y estos a su vez se va sumando las cinco puntuaciones y así obteniendo el resultado de la prueba.⁵

Valores del puntaje Apgar

- a) Normal o sin depresión (7-10 puntos);
- b) Anormal depresión moderada (4 -6 puntos)
- c) Patológico depresión severa (menos de 4 puntos.

la valoración del Apgar se ejecuta en el primer minuto, a al quinto minuto (en circunstancias especiales cada 5 minutos, hasta llegar a los 20 minutos después del nacimiento cuando tuvo un puntaje menor a siete después de los cinco minutos de vida)²⁰. Un recién nacido, con puntaje bajo en el primer minuto de vida en comparación al quinto, si obtiene resultados normales y esto a su vez no indicaría una anormalidad durante su desarrollo²⁰. En casos que un recién nacido que obtiene 0 de puntaje Apgar debe ser monitorizado y en evaluación clínica su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte. En la actualidad mantiene su vigencia mediante un test rápido, preciso y sencillo para realizar una valoración sobre vitalidad del recién nacido^{25,26}. Teniendo también una capacidad de predicción sobre la supervivencia y pronóstico, donde es de uso rutinario en la actualidad en todos los niveles de establecimientos de salud donde se brindan la atención de parto. La valoración del Apgar está bajo observación del personal que atiende al recién nacido y comúnmente se valora de forma retrospectiva.²⁶

Monitoreo electrónico fetal intraparto y Apgar del recién nacido

Hernández explicó el aumento de parálisis cerebral tienen relación con variabilidad de la FCF disminuida. Si analizamos la correlación entre la variabilidad y resultados perinatales, se interpreta una variabilidad menor a 5 lpm teniendo al límite más sensible y una variabilidad menor a 3 lpm, con un límite más característico para considerar un pH menor de 7,20 y un Apgar menor de 7 al quinto minuto.²⁶ Las aceleraciones presentes nos manifiesta un buen resultado perinatal, mayor de dos aceleraciones con un trazado de 20 minutos tienen una sensibilidad del 97% para deducir el Apgar al quinto minuto > 7. Una variabilidad entre los rangos normales se vincula fuertemente a pH > 7.15 y Apgar > 7.²⁶ una variabilidad disminuida con la presencia de desaceleraciones tardías se relaciona con la acidemia más consistente, teniendo en cuenta que la sensibilidad es sólo del 23%.²⁰ La monitorización, en comparación a la auscultación intermitente regular, disminuye la incidencia de convulsiones neonatales; sin embargo, no disminuye el riesgo de muerte fetal o del recién nacido, los puntajes de Apgar bajos, ni los ingresos a UCI, parálisis cerebral entre otros.²⁷ es por ello que se toman las acciones inmediatas a partir de su interpretación, donde se incrementa las tasas de cesárea y los partos monitorizados.²⁷

Hipoxia fetal y Apgar del RN

La hipoxia dentro del útero tiene vinculación con la disminución de la presión de oxígeno por límites inferiores de 30 mm de Hg, y su valor crítico es considerado por límites de 18 mm de Hg.²⁷ Es muy complicado al cuantificar estos valores para definir el bienestar fetal. Actualmente incluimos la oximetría fetal con el fin de evaluar la concentración de oxígeno en la hemoglobina, cuyos valores normales son más de 30 mm de Hg.²⁷ El efecto poseiro, que se da por compresión de la aorta, se da en posición decúbito dorsal ocasionando que el flujo de sangre en la arteria aorta, así como en los vasos que nacen de ella disminuya teniendo como resultado poca circulación sanguínea a través de las arterias uterinas provenientes de la circulación sanguínea de la madre.²⁷ En niveles sobre el mar que estén

por encima de 2500 msnm, en estas alturas los niveles de presión arterial de oxígeno (PaO₂) son de 60 a 70 mmHg, donde los niveles de saturación arterial de oxígeno disminuyen rápidamente teniendo en cuenta el descenso de PaO₂. Es por ello que en niveles altos sobre nivel del mar que tiene nuestro país y donde hay establecimientos donde no hay especialidad podemos realizar mucha investigación de las consecuencias que trae la hipoxia en el recién nacido.²⁸ El feto en niveles de mar pasan por una hipoxemia muy parecida con la población adulta estudiados que residen en zonas de e 4000 y 5000 msnm de altitud, con una presión parcial de la vena umbilical de oxígeno de 50 mmHg.²⁸ Por ende se demostraría indirectamente donde el feto en niveles altos sobre nivel del mar tiende más a la hipoxemia sobre todo en residentes que viven en lugares mayores de 3600 m 37 de altitud, donde el hematocrito/hemoglobina fetal tienen niveles altos en alturas de 400 m de altitud.²⁸

Asfixia Perinatal (AP) y Apgar del RN

La AP es ocasionada en el feto o recién nacido por una deficiencia del oxígeno y/o deficiencia de la perfusión tisular adecuada, aunque este concepto patológico no es operativo en la clínica.²⁹ Anteriormente cuando se observaba que los trazados cardiotocográficos tenían variaciones o acidosis fetal se interpretaban como "Distrés fetal" o "sufrimiento fetal"³⁰ pero ya no es tomado en cuenta tal diagnóstico, sino que ha sido reemplazando por "estado fetal no tranquilizador", además, se ha establecido la categoría de "evento hipóxico centinela" la cual incluye acontecimientos agudos, alrededor del parto, capaces de dañar a un feto neurológicamente intacto.³⁰ Desde el punto de vista pediátrico, los indicadores tradicionales utilizados en el pasado para establecer el diagnóstico de asfixia perinatal (test de Apgar, pH de cordón, necesidad de reanimación cardiopulmonar), son también inespecíficos e imprecisos, y solo 28 identifican la

probabilidad de encefalopatía, particularmente cuando se presentan concomitantemente varios marcadores y en sus formas más graves; pH menor de 7,0, déficit de bases mayor de 10 mEq/l y Apgar a los 5 minutos menor de 3.³⁰

2.3 Formulación de la Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H₀: No existe una relación estadística significativa entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y puntaje Apgar en recién nacidos en pacientes atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022.

H₁: Existe una relación estadística significativa entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y puntaje Apgar en recién nacidos en pacientes atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

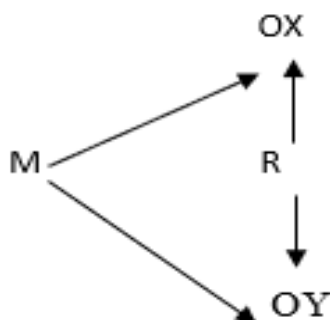
3.1 Diseño de la investigación

Es observacional, en el cual no hubo manipulación de variables por la investigadora de manera intencional.³¹

Nivel de investigación

Relacional, porque busca determinar la relación que existe entre las variables estudiadas.³¹

Esquema del Diseño:



Donde:

M: muestra

R: relación

OX: Resultado del monitoreo fetal intraparto

OY: Puntaje Apgar en recién nacidos

Método de investigación

Método hipotético- deductivo. Debido a que se usó el método científico para verificar hipótesis planteadas con una amplia base teórica y realizando la deducción a fin de llegar a nuevas conclusiones.³¹

Enfoque investigativo

Corresponde a un estudio cuantitativo. Para Hernández y Mendoza ³¹, en este tipo de estudio se utiliza la medición numérica a fin de presentar los resultados.

Tipo de investigación

Tipo Correlacional, retrospectivo y de corte transversal. Es correlacional porque busca determinar la relación que existe entre las variables estudiadas, retrospectivo porque los datos ya fueron generados y solo se recogerán. Y es transversal debido a que los datos se recogieron una sola vez o en un solo momento.³¹

3.5 Población, muestra y muestreo

Población

El 2022 se atendió un promedio 90 gestantes en trabajo de parto y monitorizadas intraparto en el centro de salud Chirinos de enero a diciembre 2022

Muestra

La muestra fue calculada por la fórmula para poblaciones finitas, a un nivel de confianza del 95%, y margen e error del 5%.

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{e^2 * (N - 1) + z^2 * p * q}$$

En el cual:

n: muestra = x

N: Población= 100

Z: Valor de nivel de confianza= 95% =1,96

p: 0,5

q: 0,5

e: margen de error= 0,05

Reemplazando

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(90)}{(0.05)^2(90-1)+(1.96)^2(0.5)(0.5)} =67$$

Criterios de inclusión

Historias clínicas que cuenten con información completa.

Gestantes sin complicaciones obstétricas.

Gestantes en trabajo de parto monitorizadas.

Criterios de exclusión

Historias clínicas con información incompleta.

Gestantes que presenten alguna complicación obstétrica, y son referidas al hospital.

Gestantes en trabajo de parto no monitorizadas.

3.6 Variables y operacionalización

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA (NIVELES Y RANGOS)
V1: Resultado del Monitoreo fetal intraparto	Categoría I	Los trazados de FCF de categoría I son normales. Son firmemente predictivos de estado ácido-base fetal normal en el momento de la observación	Ficha de recolección de datos: RESULTADOS DEL MONITOREO INTRAPARTO Y APGAR DEL RECIEN NACIDO	Línea de base normal Variabilidad Deceleraciones tardías o variables: ausentes Deceleraciones precoces: presentes o ausentes Aceleraciones: presentes o ausentes Bradicardia o Taquicardia Variabilidad alterada Deceleraciones variables recurrentes acompañadas de variabilidad mínima o moderado. Desaceleraciones tardías < 50% con CU con variabilidad disminuida.	Ordinal	Anormal (13-19 pts.) Normal (20-26pts)
	Categoría II	Los trazados de FCF de Categoría II son indeterminados. No son predictivos de estado ácido-base fetal anormal.		Ausencia de variabilidad línea de base. Deceleraciones tardías recurrentes Deceleraciones variables recurrentes Bradicardia o taquicardia Patrón sinusoidal		
	Categoría III	Los trazados de Categoría III son anormales. Son predictivos de estado ácido-base fetal anormal en el momento de la observación				
V2: Resultado del puntaje Apgar en recién nacidos		Es la evaluación que se realiza tomando en cuenta 5 parámetros al 1 y 5 minuto de vida para analizar el bienestar fetal.		Apgar Normal: 7-10 Anormal: 0-6	Ordinal	Anormal 1 Anormal 2

Elaboración propia

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	ESCALA VALORATIVA (NIVELES Y RANGOS)
V1: Resultado del Monitoreo fetal intraparto	Categoría I	Los trazados de FCF de categoría I son normales. Son firmemente predictivos de estado ácido-base fetal normal en el momento de la observación	Ficha de recolección de datos: RESULTADOS DEL MONITOREO INTRAPARTO Y APGAR DEL RECIEN NACIDO	Línea de base normal Variabilidad Deceleraciones tardías o variables: ausentes Deceleraciones precoces: presentes o ausentes Aceleraciones: presentes o ausentes Bradicardia o Taquicardia Variabilidad alterada Deceleraciones variables recurrentes acompañadas de variabilidad mínima o moderado. Desaceleraciones tardías < 50% con CU con variabilidad disminuida.	Ordinal	Anormal (13-19 pts.) Normal (20-26pts)
	Categoría II	Los trazados de FCF de Categoría II son indeterminados. No son predictivos de estado ácido-base fetal anormal.		Ausencia de variabilidad línea de base. Deceleraciones tardías recurrentes Deceleraciones variables recurrentes Bradicardia o taquicardia Patrón sinusoidal		
	Categoría III	Los trazados de Categoría III son anormales. Son predictivos de estado ácido-base fetal anormal en el momento de la observación				
V2: Resultado del puntaje Apgar en recién nacidos		Es la evaluación que se realiza tomando en cuenta 5 parámetros al 1 y 5 minuto de vida para analizar el bienestar fetal.		Apgar Normal: 7-10 Anormal: 0-6	Ordinal	Anormal 1 Anormal 2

Elaboración propia

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Se utilizó la técnica del análisis documental de los trazados cardiotocográficos del monitoreo intraparto contenidos en las historias clínicas.

3.7.2 Descripción de instrumento

Fue una ficha técnica de recolección de datos, cuya autora es la investigadora y fue adaptado del instrumento de Asto H.¹³.

Se dividió en: I.-Características sociodemográficas de la gestante: edad, estado civil y grado de instrucción, II.- Características obstétricas como, paridad, edad gestacional y CPN, III.- Hallazgos Cardiotocográficos del Monitoreo Fetal Intraparto donde se describen línea de base, variabilidad, aceleraciones, desaceleraciones, contracciones uterinas, los cuales son parte de las dimensiones de la Categorías I que representan un resultado normal o fisiológico, la categoría II representa que el feto está en riesgo y la categoría 3 que el feto está en estado patológico o anormal.

Los hallazgos cardiotocográficos se categorizaron como: Anormal= 13-19 pts. Normal= 20-26 pts. Y el Apgar como Normal= 2 y Anormal=1.

Validación

El instrumento se validó por medio de un juicio de expertos, donde tres especialistas evaluación si el instrumento era pertinente, relevante y claro y dieron una opinión favorable en cuanto a su aplicabilidad.

Confiabilidad

Se evaluó por medio de una prueba piloto a 20 gestantes, con el estadístico de Kuder Richardson por ser un instrumento dicotómico, el cual tuvo un valor de 0.739 que representó una buena confiabilidad.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Para realizar el procesamiento de los datos primero se codificó las respuestas de los ítems del instrumento y se vació a una base de datos de Excel para luego ser exportado al Programa IBM SPSS Versión 25.

Luego se realizó el análisis descriptivo de las variables y sus dimensiones el proceso nos ayudara a ordenar la información y a su vez sintetizarlos en tablas, considerando frecuencias absolutas y relativas y se presentaran en tablas y figuras. Para la prueba de la hipótesis se utilizará la prueba de correlación del Chi cuadrado para variables independientes a fin de determinar si existe o no asociación estadística entre las variables de estudio.

3.9 Aspectos éticos

Autonomía: Se pidieron los permisos correspondientes al gerente del centro de salud Chirinos.

Beneficencia: La información obtenida de resultados de estudio ayudará como fuente de insumo para mejorar la toma de decisiones oportuna y tendrá en cuenta el jefe del CS Chirinos

No maleficencia: El estudio no genera ninguna incomodidad en las embarazadas, ya que fue un estudio retrospectivo en el cual no se tuvo contacto con ellas, y respetando la privacidad de las embarazadas.

Justicia: Las conclusiones proporcionaran información de gran ayuda que nos brindara beneficios sobre las embarazadas que se atienden en el centro de salud chirinos.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.2. Análisis descriptivo de resultados

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron en el estudio mediante tablas y figuras, así como la interpretación de los datos.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de gestantes que se realizaron monitoreo fetal intraparto.

		Frecuencia	Porcentaje
		N	%
Edad	[12 - 19] años	15	22.4
	[20 a 34] años	40	59.7
	[35 a más] años	12	17.9
	Total	67	100.0
Estado civil	Conviviente	51	76.1
	Casada	9	13.4
	Soltera	7	10.4
	Total	67	100.0
Grado de instrucción	Primaria	21	31.3
	Secundaria	39	58.2
	Técnico	5	7.5
	Universitario	2	3.0
	Total	67	100.0

Fuente: Base de datos.

Interpretación

En la tabla 1 se observa en relación a la edad de las gestantes con Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022, el 59.7% tiene de [20 a 34] años, seguido del 22.4% que tiene de [12 a 19] años y el 17.4% que tiene de 35 a más. Además, el estado civil del 76.1% de las gestantes es conviviente, el 13.4% es casada y solo el 10.4% es soltera. Y en relación al grado de instrucción el 58.2% tiene secundaria, el 7.5% técnico y solo el 3.0% estudios universitarios.

Tabla 2.

Características obstétricas de gestantes que se realizaron monitoreo fetal intraparto.

		Frecuencia N	Porcentaje %
Paridad	Primípara	24	35.8
	Múltipara	36	53.7
	Gran múltipara	7	10.4
	Total	67	100.0
Edad gestacional	< 37 semanas	3	4.5
	[37 a 40] semanas	59	88.1
	41 a más semanas	5	7.5
	Total	67	100.0
CPN	No controlada	11	16.4
	Controlada	56	83.6
	Total	67	100.0

Fuente: Base de datos.

Interpretación

La tabla 2 muestra que en relación a las características obstétricas las gestantes atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022, el 53.7% es múltipara, el 35.7% es

primípara y el 10.4% gran multípara. En relación a la edad gestacional el 88.1% tiene de [37 a 40] semanas, el 7.5% tiene de [41 a más semanas] y solo el 4.5% < 37 semanas. Y en relación al CPN el 83.6% es controlada y el 16.4% es no controlada.

Tabla 3.

Resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes atendidas.

	Frecuencia	Porcentaje N	Porcentaje acumulado %
Anormal	2	3.0	3.0
Normal	65	97.0	100.0
Total	67	100.0	

Fuente: Base de datos.

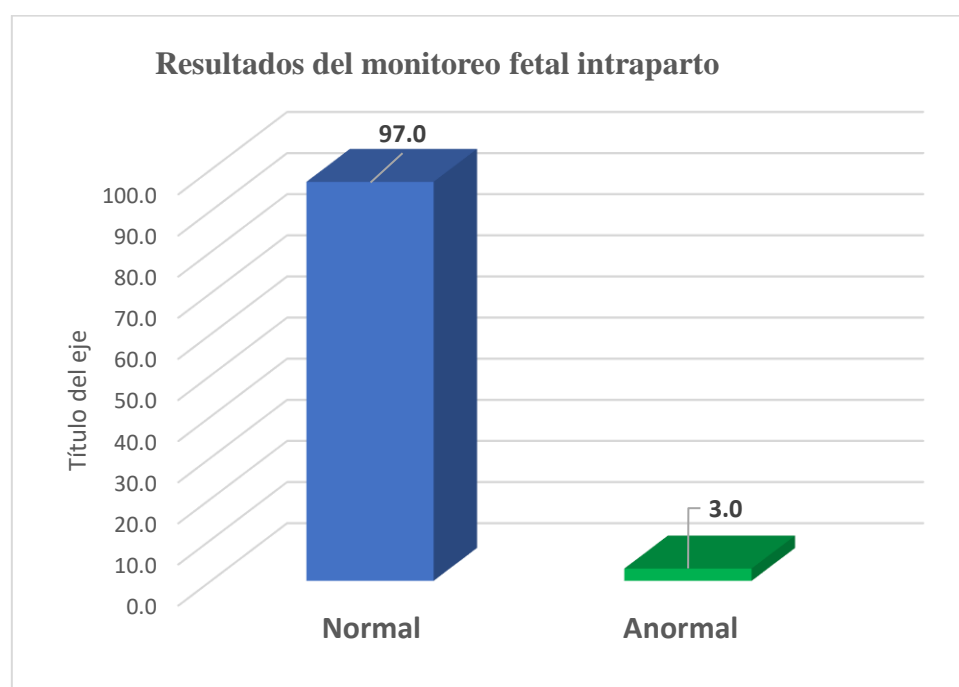


Figura 1: Porcentajes del Resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes atendidas.

Interpretación

En la tabla 3 y figura 1, se observa que el resultado del monitoreo fetal intraparto fue normal

en el 97.0% de las gestantes atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022, y solo el 3.0% tiene un nivel anormal.

Tabla 4.

Resultado del monitoreo fetal intraparto según Categorías en gestantes atendidas.

	Frecuencia N	Porcentaje %	Porcentaje acumulado %
Categoría I	6	9.0	9.0
Categoría II	61	91.0	100.0
Categoría III	0	0	
Total	67	100.0	

Fuente: Base de datos.

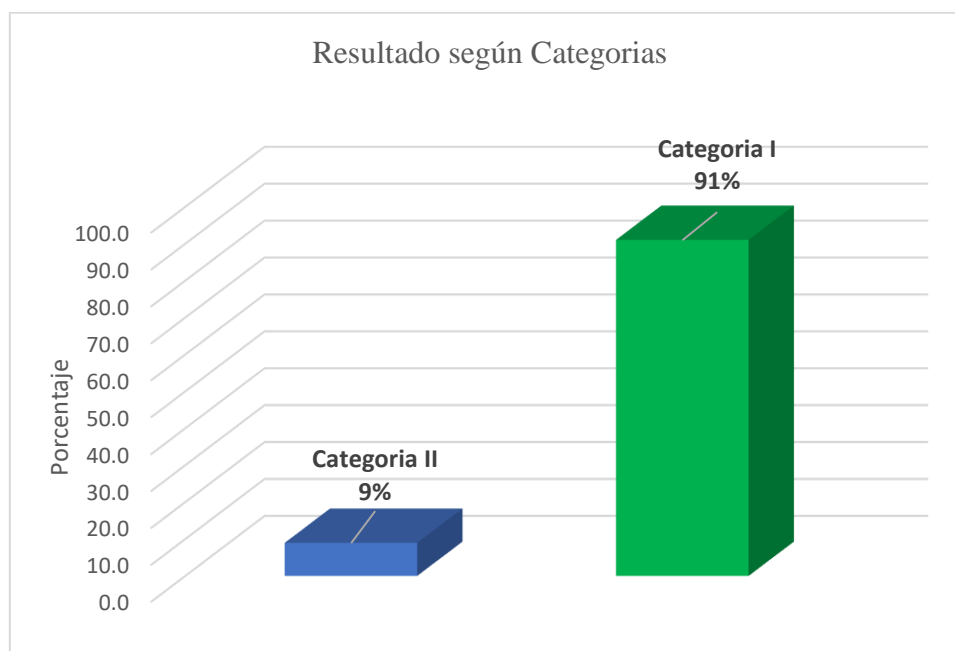


Figura 2: Porcentajes del Resultado del monitoreo fetal intraparto según Categorías en gestantes atendidas.

Interpretación

En la tabla 4 y figura 2, se observa que el resultado del monitoreo fetal intraparto fue de Categoría I en el 91% y de Categoría II en 9%, no habiendo ninguna gestante con Categoría III.

Tabla 5. Resultado del puntaje Apgar en recién nacidos de madres que se realizaron monitoreo fetal intraparto.

	Frecuencia N	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Anormal	5	7.5	7.5
Normal	62	92.5	100.0
Total	67	100.0	

Fuente: Base de datos.

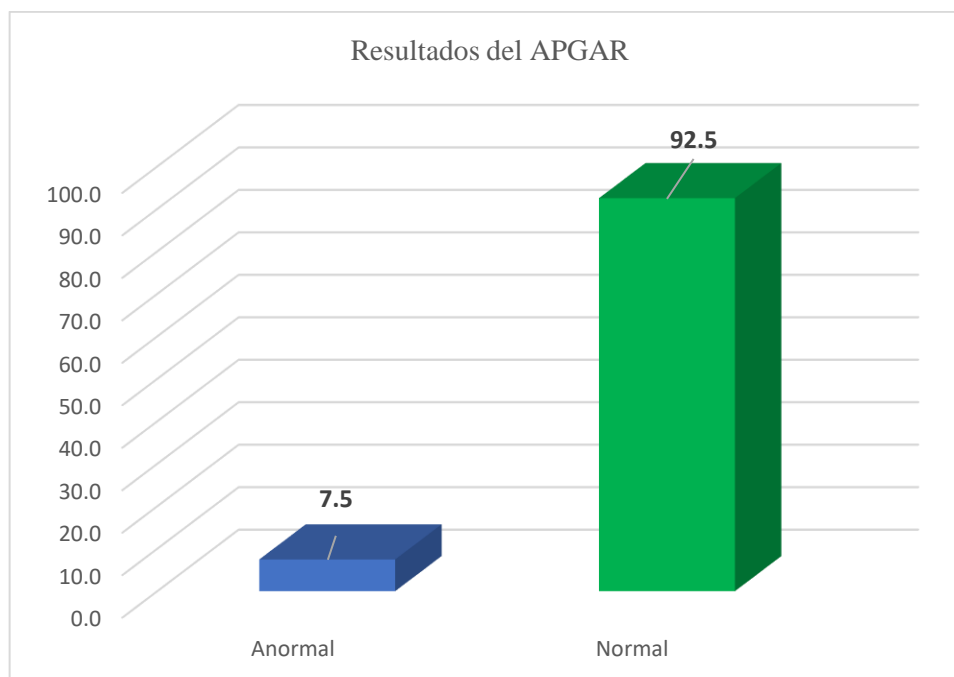


Figura 3. Porcentaje del Resultado del puntaje Apgar en recién nacidos de madres que se realizaron monitoreo fetal intraparto.

Interpretación

En la tabla 5 y figura 3, se observa que el 92.5% de los recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022, presentan un nivel normal de Resultados del puntaje APGAR y el 7.5% presenta un nivel de puntaje Apgar anormal.

Tabla 6: Tabla de contingencia Resultado del monitoreo fetal intraparto * Puntaje APGAR de recién nacidos.

		Resultados del puntaje APGAR en recién nacidos		Total	
		Anormal	Normal		
Resultados del monitoreo fetal intraparto	Normal	Recuento	5	60	65
		% dentro de Resultados del monitoreo fetal intraparto	7.7%	92.3%	100.0%
	Anormal	Recuento	0	2	2
		% dentro de Resultados del monitoreo fetal intraparto	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	5	62	67
		% dentro de Resultados del monitoreo fetal intraparto	7.5%	92.5%	100.0%

Fuente: Base de datos.

Interpretación

En la tabla 6, se observa que el 92.3% de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Chirinos, Cajamarca 2022 presentaron un nivel normal de resultado del monitoreo fetal intraparto y un nivel normal de puntaje APGAR del recién nacido. De las gestantes que presentaron un nivel anormal de resultado del monitoreo fetal intraparto, el 100.0% presentaron un puntaje APGAR normal en los recién nacidos.

4.3. Prueba de Hipótesis

Nivel de significancia

Margen de error= 5%

Valor de $\alpha = 0,05$

Decisión:

Si $p \geq \alpha =$ No se rechaza la hipótesis nula (H_1).

Si $p < \alpha =$ Se acepta la hipótesis alterna (H_0).

Valor de $p =$ Significación asintótica bilateral

Hipótesis general

H₀: No existe una relación estadística significativa entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022.

H₁: Existe una relación estadística significativa entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022.

Tabla 7. Correlación Chi cuadrado entre el Resultado del monitoreo fetal intraparto *

Puntaje APGAR en recién nacidos

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,166	1	0.683
N de casos válidos	67		

Interpretación

Se observa en la tabla 7 que de acuerdo al resultado de la prueba de Correlación Chi cuadrado el valor de $p = 0,683$, lo que fue mayor a 0.05 siendo no significativo por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula. Se concluye que No existe una relación

estadística significativa entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y el Apgar del recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022.

4.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que, el 59.7% de las gestantes participantes del estudio tienen de 20 a 34 años, seguido del 22.4% que tiene de 12 a 19 años y el 17.4% tiene de 35 a más, por lo que observamos una elevada incidencia de embarazo en adolescentes lo que confirma las estadísticas del Minsa en relación a la zona rural, éstos resultados se asemejan a los obtenidos por Luis S.¹⁶ y Zevallos E.¹⁵ en sus investigaciones realizados en la ciudad de Lima y Huánuco respectivamente, lo que nos refleja la situación actual de la poca accesibilidad de la población adolescentes a los servicios de salud en áreas rurales. Además, el estado civil del 76.1% de las gestantes es conviviente, el 13.4% es casada y solo el 10.4% es soltera, donde evidenciamos que la mayoría son convivientes y casadas y un mínimo son solteras, dichos resultados se asemejan a Luis S. (16) realizado en la ciudad de Lima, respecto al nivel de instrucción el 58.2% tiene secundaria, el 7.5% técnico y solo el 3.0% estudios universitarios lo que evidencia que la mayoría de las gestantes solo tiene nivel secundario y un mínimo de gestantes tiene educación superior, estos resultados se asemejan a Altamirano K.⁹ realizado en el país de Nicaragua, evidenciamos que su realidad es similar al de nuestro país por ser también un país en vías de desarrollo.

Con referencia a los hallazgos de las características obstétricas encontramos que el 53.7% de las participantes es multípara, el 35.7% es primípara y el 10.4% gran multípara, por lo que se evidencia que la mayoría de gestantes multípara y la minoría primípara; estos resultados son opuestos a los estudios de Sánchez L.⁸ y Altamirano K.⁹ realizados en Ecuador y Nicaragua donde la mayoría es nulípara esto podría ser porque al ser nulíparas los especialistas les indicaban a todas las gestantes el monitoreo intra parto como normativa del hospital ya que el periodo de trabajo de parto es más duradero que en una gestante multípara. En relación al tiempo de embarazo el 88.1% tiene de 37 a 40

semanas, el 7.5% tiene de 41 a más semanas y solo el 4.5% < 37 semanas., lo que muestra que la mayoría fueron gestantes a término y un mínimo fueron embarazos pretérminos, estos datos se asemejan a Zevallos E.¹⁵ realizado en la ciudad de Huánuco, la investigación se realizó en centros de salud donde solo se atienden partos inminentes y sin factor de riesgo. En relación al CPN el 83.6% es controlada y el 16.4% es no controlada, por lo que observamos que la mayoría de gestantes son controladas y la minoría no llegaron a ser controladas y esto se debería a que se realizan salidas fuera del establecimiento y trabajo con los promotores de salud en la comunidad para la captación oportuna de gestantes, estos datos son similares a Zevallos E.¹⁵ donde realizó un estudio en zona rural trabajando de forma coordinada con las autoridades para la captación oportuna de las gestantes.

Los hallazgos obtenidos muestran que 97.0% de las gestantes con Monitoreo Electrónico Fetal presentan un nivel normal y solo el 3.0% tiene un nivel anormal, estos resultados se asemejan a Ramírez N.⁴ en cuyo estudio mayoritariamente las gestantes tuvieron un valor normal en el MFI, estudio que fue realizado en Guatemala, quien además refirió la importancia del monitoreo intraparto en todos los establecimientos que atienden parto para la identificación oportuna de una hipoxia fetal. Además, es importante ya que nos ayuda a conocer si el feto está bien.¹⁷

Los hallazgos obtenidos muestran que el 91.0% de las gestantes con Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto presentan la clasificación de la dimensión Categoría I, lo que indica la FCF posee patrones normales y que sus fetos no presentan hipoxia ni acidosis cuando se les evaluó²¹, estos resultados se asemejan al de Zevallos E.¹⁵ que fue realizado en un centro de salud donde al presentarse algún factor de riesgo se realiza la referencia oportuna de la gestante. Además, se encontró que el 9% de las embarazadas presentan el nivel de clasificación de Categoría II por lo que se observa que una minoría representa la

categoría II, en cambio es resultados son opuestos a Sánchez L⁸ y Altamirano K⁹ de Ecuador y Nicaragua ya que el estudio fue realizado en un hospital donde se atienden todas las gestantes con factores de riesgos tiene una muestra más grande de gestantes. Y por último no se encontraron gestantes con Categoría III y esto se debería a que toda gestante con un inicio de monitoreo intraparto patológico es inmediatamente referida a un nivel de mayor complejidad.

El resultado del estudio reportó que el puntaje APGAR de los recién nacidos fue de nivel anormal en la mayoría de éstos ya que el 92.5% de las embarazadas con Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto presentaron un nivel normal de resultados y un mínimo anormal, estos resultados son similares a Asto H.¹³ realizado en la ciudad de Lima, por lo que se debe valorar la importancia del MIF para una valoración de la reserva placentaria y reflejándose en el Apgar del recién nacido.²²

Al contrastar la hipótesis planteada en el presente estudio podemos observar que No existe relación positiva ni significativa entre el Resultado del monitoreo fetal electrónico intraparto y el puntaje Apgar del recién nacido en gestantes atendidas el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022, lo que quiere decir que ambas variables son independientes y no dependen la una de la otra.³¹ Estos resultados son similares al encontrado por Luis S.¹⁶ quien también encontró que las variables no tenían relación estadística significativa, pero opuestos al de Asto H.¹³ que en su contraste de hipótesis concluyó que los resultados del monitoreo fetal electrónico intraparto se asociaron significativamente con la puntuación Apgar de los recién nacidos evaluados en el primer y quinto minuto tras el nacimiento correspondientemente. Es importante considerar que, aunque los valores

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. De acuerdo al objetivo general se determinó que No existe relación estadística significativa entre los Resultados del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022.
2. Según el objetivo específico 1 las características sociodemográficas de las gestantes con monitoreo Electrónico Fetal Intraparto atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022 fueron en su mayoría adultas, con nivel de educación secundaria y estado civil conviviente.
3. De acuerdo al objetivo específico 2 las características obstétricas de las gestantes con Monitoreo Electrónico Fetal Intraparto atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022 en su mayoría fueron multíparas, con gestación a término y con más de 6 controles prenatales.
4. Según el objetivo específico 3 se determinó que el resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022 fueron normales (Reactivos) en su mayoría y en cuanto a las dimensiones fueron de categoría I y un mínimo categoría II pero ningún caso de categoría III.
5. Según el objetivo específico 4 se identificó que el Puntaje Apgar en recién nacidos de gestantes atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca 2022 fue normal en su mayoría.

5.2. RECOMENDACIONES

1. A la red de Salud San Ignacio informar los resultados del estudio, que si bien no se encontró relación estadística entre las variables Resultados del monitoreo fetal intraparto en gestantes y puntaje Apgar en recién nacidos, esto no quiere decir que no lo vamos a

realizar al contrario se deben implementar con monitores fetales a todas las Ipress de I-3 en donde se atienden partos ya que la mayoría de éstos están lejos de establecimientos de mayor complejidad.

2. Capacitación constante para el personal en monitoreo fetal, para realizar una buena técnica y lectura del trazado, así como también pasantías en establecimientos de un nivel de mayor complejidad para obtener más pericia en la evaluación de los trazados ya que en todos los establecimientos de salud cuentan con gestantes adolescentes y adultas.

3. A los obstetras que laboran en centro salud Chirinos realizar el monitoreo electrónico intraparto a todas las gestantes que acuden para la atención de su parto ya que la mayoría son gestantes controladas y con gestación a término para lograr la identificación de hipoxia fetal a fin de realizar la referencia oportuna de ser necesaria.

4. Implementar un registro con todos los datos de las gestantes que a las que se realicen el monitoreo electrónico fetal ante parto e intraparto y los resultados del Apgar de recién nacido para caracterizarlos y ser fuente de futuras investigaciones.

5. Realizar el seguimiento de las gestantes con categoría II y III que se puedan presentar y así mismo a los recién nacidos que tuvieron un puntaje Apgar bajo al nacer.

Referencias

1. Casale R. Guía de Procedimientos de Obstetricia del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. [Online]; 2009 [Citado el 15 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.colmed3.com.ar/frp/obstetricia.pdf>.
2. Barrena N, Carvajal Jorge. Evaluación fetal intraparto: análisis crítico de la evidencia. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2006 [citado 15 setiembre del 2022]; 71(1): 63-68. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000100011>.
3. Organización mundial de la salud. Muerte prenatal. [Online]. 2019 [citado el 14 de setiembre del 2022] disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1
4. Ramírez N, Lemus Y, Retana R, Mazariegos E. y Arriola C. Relación del monitoreo cardiotocográfico intraparto con el estado clínico del recién nacido. Artículo de la Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI. Guatemala. 2019. [Consultado el 1 de octubre del 2022] 3(1): 11-17. Disponible en: <https://revistacunori.com/index.php/cunori/article/view/75>
5. Gesteiro E. Sánchez S. Espárrago M, Bastida S. Investigadores en Pediatría y Neonatología rendimos homenaje a la Dra Virginia Apgar. JONNPR. [Online]. 2019;4(3):387-97. Disponible en: 10.19230/jonnpr.2541.
6. UNICEF. Lo que debes saber sobre las muertes fetales, [Online]. 2019 [citado el 14 de setiembre del 2022] disponible en: <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>
7. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú. Semana 26 [Online]. 2021 [citado 14 de setiembre del 2022] 31:1238-1243. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202226_26_125857.pdf
8. Sánchez L. Correlación obstétrica cardiotocográfica intraparto como indicador para cesárea de emergencia, resultante neonatal. Proyecto de investigación de la Universidad de Guayaquil. 2019 [Consultado el 01 de octubre del 2022]. Ecuador. Disponible en: [file:///C:/Users/BEATRIZ%20TAPIA/Desktop/bibliografia/CD%20191%20SANCHEZ%20PULLA,%20LUIS%20PATRICIO%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/BEATRIZ%20TAPIA/Desktop/bibliografia/CD%20191%20SANCHEZ%20PULLA,%20LUIS%20PATRICIO%20(1).pdf)
9. Altamirano K. Evaluación de los criterios ACOG en el monitoreo fetal y non stress test en el diagnóstico de riesgo de pérdida de bienestar fetal en embarazos a términos en el Hospital Fernando Vélez Paiz, Febrero – Julio 2018. Tesis de la Universidad Nacional

- Autónoma de Nicaragua. UNAN – Managua. 2019 [Consultado el 1 de octubre del 2022]. Nicaragua. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/11146/1/100031.pdf>
10. Coello K y Mejía J. Compromiso del bienestar fetal frente al Apgar del recién nacido. Tesis de la universidad de Guayaquil. 2019 [Consultado el 12 de marzo del 2023]. Guayaquil – Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/45728/1/CD%20635-%20COELLO%20ESTRELLA%20KENYA%20JOSELYN%2c%20MEJIA%20CASTILLO%20JOHANNA%20CATALINA.pdf>
 11. Jurado A. Monitorización electrónica fetal intraparto y sufrimiento fetal en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el año 2018. Trabajo de titulación pregrado – Universidad de Guayaquil. 2019. [Consultado el 15 de marzo del 2023]. Ecuador. Disponible en: https://rrae.cedia.edu.ec/Record/UG_f90fd5581e0b1eafb88ddecc749ce932
 12. Mateo N. (2022). Valoración de criterios de clasificación cardiotocográficos intraparto para predecir Apgar bajo en el Hospital San Juan de Lurigancho 2021. [Consultado el 10 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6480>.
 13. Asto H. interpretación del monitoreo fetal electrónico intraparto y su relación con el bienestar del recién nacido en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao – Lima 2020. Trabajo académico posgrado – Universidad Norbert Wiener. 2021. [Consultado el 01 de octubre del 2022] Perú. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7409/T061_17996208_S.pdf?sequence=1
 14. Mejía Z. Monitoreo electrónico fetal intraparto en el estado fetal no tranquilizador. Trabajo académico posgrado – Universidad Norbert Wiener. 2021. [Consultado el 01 de octubre del 2022] Perú. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4854/T061_40167598_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Zevallos E. (2020). Relación de los resultados del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar del recién nacido del Centro de Salud Aparicio Pomares. Huánuco. noviembre del 2019-febrero 2020. [Consultado el 10 de marzo del 2023] Perú. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/6119>
 16. Luis S. Monitoreo fetal intraparto y su relación con el Apgar del recién nacido en el Hospital de Huaycán 2017. Trabajo académico posgrado – Universidad San Martín de

- Porres. 2019. [Consultado el 01 de octubre del 2022] Perú. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5999>
17. Cevallos A. Jaramillo M. GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER: “MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL INTRAPARTO” Ecuador [Online]; 2013 disponible en: https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia_taller_monitoreo_electronico_fetal_0.pdf
 18. Godoy P. Acuña C. Caicedo A. Pabón D. Paba S. “Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones”. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2022; [Online]; 2022 [citado 16 de setiembre 2022] 60:47–70 disponible en: <file:///C:/Users/BEATRIZ%20TAPIA/Downloads/90-vgaq8n-ago60-1-art-4-cierre.pdf>
 19. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima. Perú 2010
 20. Schwartz. R. Obstetricia. Buenos Aires – Argentina – Editorial El Ateneo. 2007.
 21. Hospital Universitario Donostia. Guía de Monitorización Electrónica Fetal Intraparto. San Sebastián. España. 2013. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf
 22. Panel internacional de expertos en interpretación de RCTG desde el punto de vista fisiopatológico. Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología. Comité editorial de www-physiology.com. Primera edición 2018. [consultado el 02 de octubre del 2022]. pp7-33. Disponible en: <https://www.icarectg.com/wp-content/uploads/2018/05/Gui%CC%81a-de-monitorizacio%CC%81n-fetal-intraparto-basada-en-fisiopatologi%CC%81a.pdf>
 23. Terre C, Frances L. Monitorización biofísica intraparto. [Internet]. 2006 [citado 02 de octubre del 2022]; 7(2): 5-12. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/33078>
 24. Díaz A. Construcción de instrumentos de investigación y medición estadística”. Universidad Peruana Los Andes. Huancayo 2010 pp 17 – 30 Nazer J, Ramírez. R: neonatología, editorial universitaria- Santiago de Chile-2012
 25. Ministerio de salud. Informe de evaluación de gestión y prestaciones de servicios 2020 unidad ejecutora de salud San Ignacio. [Online]; 2021 [citado 15 setiembre 2022] disponible en: http://www.redsaludsanignacio.gob.pe/media/portal/YVOMV/documento/12855/INFO_RME_DE_GESTI%C3%93N_2020.pdf?r=1618943599

26. Nazer J, Ramírez. R: neonatología, editorial universitaria- Santiago de Chile-2012
27. Nápoles D. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. Medisan [Internet]. 2013 Mar [citado 2022 Oct 02]; 17(3): 521-534. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300014&lng=es.
28. Gonzales G. Impacto de la altura en el embarazo y en el producto de la gestación. Rev. Perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2012 Jun [citado 2022 Oct 02]; 29(2): 242-249. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000200013&lng=es.
29. Alfirevic Z, Devane D, Gyte G. Cardiotocografía continua como una forma de monitoreo electrónico fetal para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. Base de datos Cochrane, 5. 2014 49.
30. Hospital de Barcelona, Protocolos en Medicina Materno-Fetal en clínica España.2002. [consultado 2022 octubre 02]. Disponible en: http://medicinafetalbarcelona.org/clinica/index.php?option=com_content&view=article&id=43&Itemid=33
31. Hernández R, Mendoza Ch. Las Rutas de la investigación cuantitativa cualitativa y mixta. México. Mc. Graw Hill, 2018.

ANEXOS

Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO
GENERAL	GENERAL	GENERAL	VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO DE INVESTIGACIÓN
¿Cuál es la relación que existe entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022	Determinar la relación entre los resultados del monitoreo electrónico fetal intraparto y el puntaje Apgar del recién nacido atendidos en el Centro de salud Chirinos 2022	H1: Existe una relación estadística significativa entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar del recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos Cajamarca 2022.	Resultado del Monitoreo fetal intraparto	Correlacional, retrospectivo y transversal
ESPECIFICOS	ESPECIFICOS		VARIABLE DEPENDIENTE Puntaje Apgar del recién nacido	MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN
¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Chirinos Cajamarca,2022?	Describir las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Chirinos Cajamarca,2022.	H0: No existe una relación estadística significativa entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y el puntaje Apgar del recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos Cajamarca 2022.	VARIABLE INTERVINIENTE	Método. Hipotético deductivo Diseño: Observacional
¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Chirinos Cajamarca,2022?	Describir las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Chirinos Cajamarca,2022.		Edad materna Edad Gestacional Paridad Color de líquido amniótico	POBLACIÓN Y MUESTRA La población fue de 90 gestantes atendidas en el Centro de Salud Chirinos Cajamarca,2022. La muestra 67 gestantes
¿Cuál es el resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes atendidas en el Centro de salud Chirinos, Cajamarca, 2022?	Determinar el resultado del monitoreo fetal intraparto en gestantes atendidas en el Centro			TÉCNICA E INSTRUMENTO La técnica fue el análisis documental

¿Cuál es el resultado del puntaje de salud Chirinos, Cajamarca, Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos Cajamarca, 2022?

Indagar el resultado del puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el Centro de salud Chirinos Cajamarca, 2022.

El instrumento fue una ficha de recolección de datos.

MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS

Análisis descriptivo de las variables y prueba inferencial con el Programa SPSS v25

Elaboración propia

Anexo 2: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RESULTADOS DEL MONITOREO INTRAPARTO Y APGAR DEL RECIEN NACIDO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

- 1 Edad: 12-19 [] 20-34 [] \geq 35 [] años
- 2 Estado civil: soltera [] casada [] conviviente []
- 3 Grado de instrucción: primaria [] secundaria [] Técnico [] Universitario []

CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS:

- 4 Paridad: Primípara [] Secundípara [] Tercípara [] Multípara []
- 5 Edad gestacional: <37 semanas [] 37-40 semanas [] \geq 41 semanas []
- 6 CPN: SI [] NO []

Hallazgos Cardiotocográficos del Monitoreo Fetal Intraparto:

Marcar Si = 2 No = 1

CATEGORIA I

7. ¿La frecuencia cardiaca fetal basal es 110 – 160 lpm?
a. Si () b. No ()
8. ¿La variabilidad es normal de 5 a 25 lpm?
a. Si () b. No ()
9. ¿Las aceleraciones están presentes o ausentes?
a. Si ()
10. ¿Hay presencia de desaceleraciones tempranas no repetitivas en contracción uterina?
a. Si () b. No ()

CATEGORIA II

11. ¿La FCFB presenta taquicardia 160-170 lpm o bradicardia 100-110 lpm?
a. a. Si () b. No ()
12. ¿La variabilidad es mínima de 5 lpm) o marcada (>25 lpm) por más de 40 min?
a. a. Si () b. No ()

13. Existen Deceleraciones variables similares, simples, persistentes o complicadas aisladas?

a. Si () b. No ()

14 Las deceleraciones tardías en menos 50% contracciones (30 minutos) es de 40% a 45% o . 46% a 50 %.

a. Si () b. No ()

CATEGORIA III

15. ¿La FCFB es Taquicardia >170 lpm o bradicardia 170 lpm o Bradicardia menor de 100 lpm

a. Si () b. No ()

16. ¿La variabilidad es silente?

a. Si () b. No ()

17. ¿Existen desaceleraciones variables complicadas repetidas; especialmente con variabilidad mínima y/o alza compensatoria?

a. Si () b. No ()

18. ¿Las desaceleraciones tardías en >50% contracciones, especialmente con variabilidad mínima y/o alza compensatoria?

a. Si () b. No ()

19. ¿El Registro de Patrón sinusoidal es: onda de mayor de 3 ciclos/min, con amplitud de 10 latidos sobre y bajo la línea de base, por más de 10 min?

a. Si () b. No ()

Resultados del Apgar

20. Apgar al 1 min:

Normal= 7-10puntos: _____

Anormal: 0-3puntos y de 4-6puntos _____

Normal = 2 Anormal 1

Anexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO
Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora: Tapia Avendaño, Beatriz

Título: “Resultados del monitoreo fetal intraparto y puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en Centro de Salud Chirinos, Cajamarca 2022”

Propósito del estudio

La invitamos a participar en la presente investigación arriba mencionada, el cual es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, cuyo propósito es “Determinar la relación que existe entre el resultado del monitoreo fetal intraparto y puntaje Apgar en recién nacidos atendidos en el mencionado Centro de salud, su ejecución permitirá conocer si el monitoreo fetal puede ayudar a que los recién nacidos nazcan con un buen puntaje Apgar al detectar alteraciones a fin de realizar la oportuna derivación a un Centro de mayor complejidad.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

Una Encuesta puede demorar unos 45 minutos.

Los resultados de la investigación se le entregará a usted en forma individual y almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

No existe ningún riesgo para su salud física o mental al participar en el estudio

Beneficios

Usted se beneficiará ya que conocerá el valor de su prueba del MFEI, así como el puntaje Apgar con el cual nace su recién nacido.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

La información será guardada en códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante el estudio podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio.

Puede comunicarse con la investigadora Tapia Avendaño, Beatriz. Teléfono: xxxxxxxxxx. O con la Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comité.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigador

Nombres:

DNI:

Anexo 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Juicio de Experto 1

MATRIZ DE JUICIO DE EXPERTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: RESULTADOS DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO Y PUNTAJE APGAR DEL RECIEN NACIDO

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
DIMENSIÓN 1: Categoría I								
	7. ¿La frecuencia cardíaca fetal basal es 110 – 160 lpm? a. Sí () b. No ()	X						
	8. ¿La variabilidad es normal de 5 a 25 lpm?	X						
	9. ¿Las aceleraciones están presentes o ausentes? a. Sí () b. No ()	X						
	10. ¿Hay presencia de desaceleraciones tempranas no repetitivas en contracción uterina? a. Sí () b. No ()	X						
DIMENSIÓN 2: Categoría II								
	11. ¿La FCFB presenta taquicardia 160-170 lpm o bradicardia 100-110 lpm? a. Sí () b. No ()	X						
	12. ¿La variabilidad es mínima de 5 lpm) o marcada (>25 lpm) por más de 40 min? a. Sí () b. No ()	X						
	13. ¿Existen Deceleraciones variables similares, simples, persistentes o complicadas aisladas? a. Sí () b. No ()	X						
	14. Las deceleraciones tardías en menos 50% contracciones (30 minutos) es de 40% a 45% o de 46% a 50%. a. Sí () b. No ()	X						
DIMENSIÓN 3: Categoría III								
	15. La FCFB es Taquicardia >170 lpm o bradicardia 170 lpm o Bradicardia menor de 100 lpm. a. Sí () b. No ()	X						
	16. ¿La variabilidad es silente? a. Sí () b. No ()	X						
	17. ¿Existen desaceleraciones variables complicadas repetidas; especialmente con variabilidad mínima y/o alza compensatoria? a. Sí () b. No ()	X						
	18. ¿Las desaceleraciones tardías en >50% contracciones, especialmente con variabilidad mínima y/o alza compensatoria? a. Sí () b. No ()	X						
	19. ¿El Registro de Patrón sinusoidal es: onda de mayor de 3 ciclos/min, con amplitud de 10 latidos sobre y bajo la línea de base, por más de 10 min? a. Sí () b. No ()	X						
	20. Apgar al 1 min: Normal () Anormal ()	X						

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

NOTA. Suficiencia: Se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

Dra. Marcelina Huamani Pedraza
DNI: 10427943

Especialidad del validador: Obstetra

Lima 16 de diciembre del 2022

Firma del experto

Juicio de Experto 2

MATRIZ DE JUICIO DE EXPERTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: RESULTADOS DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO Y PUNTAJE APGAR DEL RECIEN NACIDO

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
DIMENSIÓN 1: Categoría I								
7.	¿La frecuencia cardíaca fetal basal es 110 – 160 lpm? a. Si () b. No ()	X						
8.	¿La variabilidad es normal de 5 a 25 lpm?	X						
9.	¿Las aceleraciones están presentes o ausentes? a. Si () b. No ()	X						
10.	¿Hay presencia de desaceleraciones tempranas no repetitivas en contracción uterina? a. Si () b. No ()	X						
DIMENSIÓN 2: Categoría II								
11.	¿La FCFB presenta taquicardia 160-170 lpm o bradicardia 100-110 lpm? a. Si () b. No ()	X						
12.	¿La variabilidad es mínima de 5 lpm) o marcada (>25 lpm) por más de 40 min? a. Si () b. No ()	X						
13.	¿Existen Deceleraciones variables similares, simples, persistentes o complicadas aisladas? a. Si () b. No ()	X						
14.	Las deceleraciones tardías en menos 50% contracciones (30 minutos) es de 40% a 45% o de 46% a 50 %. a. Si () b. No ()	X						
DIMENSIÓN 3: Categoría III								
15.	La FCFB es Taquicardia >170 lpm o bradicardia 170 lpm o Bradicardia menor de 100 lpm. a. Si () b. No ()	X						
16.	¿La variabilidad es silente? a. Si () b. No ()	X						
17.	¿Existen desaceleraciones variables complicadas repetidas; especialmente con variabilidad mínima y/o alza compensatoria? a. Si () b. No ()	X						
18.	¿Las desaceleraciones tardías en >50% contracciones, especialmente con variabilidad mínima y/o alza compensatoria? a. Si () b. No ()	X						
19.	¿El Registro de Patrón sinusoidal es: onda de mayor de 3 ciclos/min, con amplitud de 10 latidos sobre y bajo la línea de base, por más de 10 min? a. Si () b. No ()	X						
20.	Apgar al 1 min: Normal () Anormal ()	X						

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

NOTA. Suficiencia: Se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

Magister. Elvira Soledad Benítez Vidal
DNI: 09578657

Especialidad del validador: Obstetra

Lima 16 de diciembre del 2022



Firma del experto

Juicio de Experto 3

MATRIZ DE JUICIO DE EXPERTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: RESULTADOS DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO Y PUNTAJE APGAR DEL RECIEN NACIDO

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: Categoría I								
7.	¿La frecuencia cardíaca fetal basal es 110 – 160 lpm? a. Si () b. No ()	X						
8.	¿La variabilidad es normal de 5 a 25 lpm?	X						
9.	¿Las aceleraciones están presentes o ausentes? a. Si () b. No ()	X						
10.	¿Hay presencia de desaceleraciones tempranas no repetitivas en contracción uterina? a. Si () b. No ()	X						
DIMENSIÓN 2: Categoría II								
11.	¿La FCFB presenta taquicardia 160-170 lpm o bradicardia 100-110 lpm? a. Si () b. No ()	X						
12.	¿La variabilidad es mínima de 5 lpm) o marcada (>25 lpm) por más de 40 min? a. Si () b. No ()	X						
13.	¿Existen Deceleraciones variables similares, simples, persistentes o complicadas aisladas? a. Si () b. No ()	X						
14.	Las deceleraciones tardías en menos 50% contracciones (30 minutos) es de 40% a 45% o de 46% a 50%. a. Si () b. No ()	X						
DIMENSIÓN 3: Categoría III								
15.	La FCFB es Taquicardia >170 lpm o bradicardia 170 lpm o Bradicardia menor de 100 lpm. a. Si () b. No ()	X						
16.	¿La variabilidad es silente? a. Si () b. No ()	X						
17.	¿Existen desaceleraciones variables complicadas repetidas; especialmente con variabilidad mínima y/o alza compensatoria? a. Si () b. No ()	X						
18.	¿Las desaceleraciones tardías en >50% contracciones, especialmente con variabilidad mínima y/o alza compensatoria? a. Si () b. No ()	X						
19.	¿El Registro de Patrón sinusoidal es: onda de mayor de 3 ciclos/min, con amplitud de 10 latidos sobre y bajo la línea de base, por más de 10 min? a. Si () b. No ()	X						
20.	Apgar al 1 min: Normal () Anormal ()	X						

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

NOTA. Suficiencia: Se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

Magister. Sheyla Janeth Gómez Tuesta

DNI: 42867690

Especialidad del validador: Obstetra

Lima 19 de diciembre del 2022


 Firma del Experto

Anexo 5: PRUEBA PILOTO

	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
Pers 1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2
Pers 3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 5	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 6	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 7	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 8	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pers 9	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 10	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 11	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 12	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 13	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 14	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 15	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pers 16	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 17	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 18	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 19	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 20	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD

Instrumento	Prueba KR.	Elementos
Resultados del Monitoreo fetal intraparto		
Puntaje Apgar del recién nacido	0,739	14

Se aplicó el Estadístico Kuder Richardson que dio por resultado 0.739, lo que corresponde a una confiabilidad buena.

Pers 42	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 43	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 44	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 45	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 46	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 47	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 48	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 49	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 50	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 51	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 52	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 53	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Pers 54	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 55	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Pers 56	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 57	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 58	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 59	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 60	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 61	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 62	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 63	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 64	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 65	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 66	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Pers 67	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2

Anexo 7

Carta de presentación de la Universidad para la recolección de los datos



Universidad
Norbert Wiener

Lima, 20 de noviembre del 2023

Psic. María de los Milagros Fernández Ruiz
Gerente de la Microred Chirinos.
Presente. -

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de expresarle mi cordial saludo en nombre propio y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener, a quien represento en calidad de Decano.

Mediante la presente se autoriza a la obstetra BEATRIZ TAPIA AVENDAÑO, estudiantes de la Segunda Especialidad en Monitoreo Fetal de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, para que pueda realizar la revisión de historias clínicas en su digna Institución, con el propósito de desarrollar su investigación.


TITULO DE INVESTIGACIÓN:

"RESULTADOS DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO Y PUNTAJE APGAR EN RECIEN NACIDOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHIRINOS, CAJAMARCA 2022"


Sin otro particular quedo de usted, reiterándole mi especial estima y consideración.

Atentamente,

GARCIA PORTOCARRERO Ginger Milam
Directora
EAP de Obstetricia

Anexo 8**Carta de autorización del Centro de salud para la recolección de los datos**

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
ASOCIACION CLAS - CHIRINOS



RIS
Red Integrada de
Salud San Ignacio

-AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO-

OFICIO N° 022- 2022-GR.CAJ/DSRSI/DESP/MICRORED-CHIRINOS

A: GINGER MIRIAM GARCIA PORTOCARRERO
DIRECTORA ACADEMICA ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

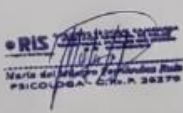
DE: MARIA DEL MILAGRO FERNANDEZ RUIZ
GERENTE DE LA MICRORED A CLAS CHIRINOS

ASUNTO: AUTORIZACION PARA REALIZAR INVESTIGACION.

FECHA: 08 de enero del 2023

Por medio del presente, me dirijo a Ud., para saludarlo cordialmente, en el marco de Orientar, fomentar y estimular el desarrollo de las Investigaciones que se lleven a cabo en nuestra institución, se autoriza el ingreso a la obstetra BEATRIZ TAPIA AVENDAÑO, para recopilar información de las Historias Clínicas seleccionadas, información que servirá como insumo para la elaboración de tesis titulado " RESULTADOS DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO Y PUNTAJE APGAR EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN CENTRO DE SALUD CHIRINOS, CAJAMARCA 2022.

Sin otro particular, me suscribo de usted, no sin antes de expresarle las muestras de mi especial consideración estima.



RIS
Red Integrada de Salud San Ignacio
Maria del Milagro Fernandez Ruiz
PSICOLOGA C.R. N. P. 20279

Anexo 9

Informe del asesor de Turnitin

Reporte de similitud	
NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
OBSERVACIONES_Tesis Especialidad Ob sta Beatriz Tapia Avendaño U N Wiener 2 024.docx	-
RECUENTO DE PALABRAS	RECUENTO DE CARACTERES
13580 Words	72266 Characters
RECUENTO DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
72 Pages	1.8MB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Aug 20, 2024 10:23 AM GMT-5	Aug 20, 2024 10:25 AM GMT-5
<p>● 16% de similitud general</p> <p>El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16% Base de datos de Internet • Base de datos de Crossref • 1% Base de datos de publicaciones • Base de datos de contenido publicado de Crossref <p>● Excluir del Reporte de Similitud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Base de datos de trabajos entregados • Bloques de texto excluidos manualmente • Material bibliográfico 	

● 16% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	1library.co Internet	3%
2	repositorio.uap.edu.pe Internet	3%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	2%
4	repositorio.unheval.edu.pe Internet	2%
5	repositorio.unasam.edu.pe Internet	1%
6	repositorio.udh.edu.pe Internet	<1%
7	repositorio.unfv.edu.pe Internet	<1%
8	repositorio.unh.edu.pe Internet	<1%