



**Universidad
Norbert Wiener**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS DEL SUFRIMIENTO
FETAL EN GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES –2020”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MONITOREO FETAL

Presentado por:

MEDINA TOLENTINO, MARITZA ISABEL

ORCID: 0000-0003-1388-8830

Asesor

SANZ RAMIREZ ANA MARIA

ORCID: 0000-0002-7515-5336



**Universidad
Norbert Wiener**

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

Presidente

Dr. Paul Rubén Alfaro Fernández

Secretario

Mg. Susana Filomena Arone Palomino

Vocal

Mg. Félix Dasio Ayala Peralta

INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
1. CAPÍTULO I	
1.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	12
2. CAPÍTULO II	
2.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	24
3. CAPÍTULO III	
3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	25
3.1.1. Antecedentes nacionales	25
3.1.2. Antecedentes internacionales	28
4. CAPÍTULO IV	
4.1. DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	32
5. CAPÍTULO V	
5.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	35
5.1.1. Conclusiones	35
5.1.2. Recomendaciones	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	41

DEDICATORIA

A Dios, por ser el forjador de mi camino. A mis padres en el cielo que siempre me apoyaron para ser la persona que soy.

AGRADECIMIENTO

A mi maestro Dr. Francisco Vallenás Pedemonte por apoyarme y guiarme en el proceso de elaboración de mi Caso Clínico. De igual manera a mi asesora que me da las pautas necesarias para que mi trabajo tenga buen rumbo hacia su culminación. A mis hermanos por darme la confianza y la tranquilidad para crecer día a día.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características cardiotocográficas de la pérdida del bienestar fetal en gestante atendida en el Hospital María Auxiliadora San Juan de Miraflores – 2020.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, tipo observacional, descriptivo, donde se revisó la historia clínica de una gestante pretérmino, con un trazado cardiotocográfico positivo no reactivo con signos de insuficiencia útero placentaria presentado en el Hospital María Auxiliadora en el mes de enero del 2020. Se incluye anamnesis, examen general y específico al ingreso por emergencia, test estresante, manejo y evolución, se realiza revisión bibliográfica para discusión del caso clínico.

Resultados: Se realiza la revisión de una historia clínica para el desarrollo y manejo de caso de una segundigesta nulípara de 21 años de edad, natural de Loreto, raza mestiza, ama de casa, quien ingreso al servicio de emergencia del hospital María Auxiliadora por presentar dolor tipo contracción uterina, con diagnóstico de embarazo de 35 semanas por ecografía de primer trimestre, fase latente de labor de parto y prematuridad. Se solicitó un monitoreo electrónico fetal con resultado de test estresante positivo – no reactivo con presencia de desaceleraciones intraparto de tipo II recurrentes, por lo que fue programada para cesárea de emergencia. Se obtuvo un recién nacido de sexo masculino con un peso de 2,494 gramos, líquido meconial espeso; con puntuación APGAR 6 al minuto y 9 a los 5 minutos.

Conclusión:

Palabras Claves: Sufrimiento fetal, riesgo de pérdida de bienestar fetal, monitoreo electrónico fetal, desaceleraciones intraparto tipo II, puntuación APGAR.

ABSTRACT

Objective: To determine the efficacy of electronic fetal monitoring in the diagnosis of a pregnant woman at term at the Maria Auxiliadora hospital in San Juan de Miraflores.

Material and Methods: Retrospective study, type observational, descriptive, to review the medical history of a full-term pregnant woman with a positive non-reactive tracing with signs of uterine-placental insufficiency presented at the Maria Auxiliadora hospital in January. 2020. With anamnesis, general and specific examination upon admission due to emergency stress test, management and evolution, a bibliographic review is carried out for discussion of the clinical case.

Results: A review of a clinical history is carried out for the development and management of a case of a 21-year-old nulliparous second pregnancy, a native of Loreto, mixed race, housewife, who entered the emergency service of the María Auxiliadora hospital for presenting type pain uterine contraction, with diagnosis of pregnancy of 35 weeks by first trimester ultrasound, latent phase of labor and prematurity. An electronic fetal monitoring was requested with a positive stressful test result - non-reactive with the presence of recurrent type II intrapartum decelerations, for which she was scheduled for emergency cesarean section. A male newborn was obtained with a weight of 2494 grams, thick meconium fluid; with APGAR score 6 at minute and 9 at 5 minutes.

Conclusion:

Key Words: Fetal distress, risk of loss of fetal well-being, electronic fetal monitoring, type II intrapartum decelerations, APGAR score.

INTRODUCCIÓN

En el año 2019 la Organización Mundial de la salud (OMS) reportó que en el “2017 murieron 2.5 millones de niños; 7000 recién nacidos cada día aproximadamente, un millón el primer día de vida y cerca de un millón los seis días posteriores”. Dentro de los 28 días luego del nacimiento, las defunciones neonatales están asociadas a patologías causadas por la deficiente calidad de atención al momento del parto, o por la ausencia de profesionales adecuados y calificados. Dentro de las complicaciones que causan mayor mortalidad de recién nacidos se incluye a la asfixia perinatal. (1)

Según el boletín epidemiológico del Perú en el 2019, “8 de cada 10 defunciones fetales ocurren en el último trimestre de gestación”; siendo la hipoxia intrauterina la primera causa de defunción fetal (17%). (2)

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el año 2019; la tasa de mortalidad perinatal fue de 21,4 x 1000 nacidos vivos, y se notificaron 157 óbitos fetales hasta la semana epidemiológica 44. (3)

Para comprender el término de riesgo de pérdida de bienestar fetal, primero se debe definir el bienestar fetal como la valoración del feto de manera sistémica; con lo que se pretende detectar a aquellos fetos en peligro de muerte o daño irreversible para tomar las medidas necesarias. (4)

Dentro de la bibliografía existente se encuentran diferentes términos sobre la ausencia del bienestar fetal, hasta hace unos años se usaba el término “sufrimiento fetal” o “distress fetal” cuando existía alteraciones de los parámetros durante la vigilancia intraparto, hasta que; la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) publicó un escrito con el fin de rechazar el uso del anterior término por “riesgo de pérdida o alteración del bienestar fetal” que describe de una manera más acertada lo que el clínico interpreta sobre el estado fetal y que no puede asegurar su bienestar. Este término debe ser usado en la descripción de los signos que

condicionan la indicación de culminar la gestación, como desaceleraciones tardías, taquicardia fetal, prolapso del cordón, etc. (5)

El riesgo de pérdida de bienestar fetal es una alteración metabólica producida por la disminución del intercambio materno fetal, de rápido progreso que conlleva a una alteración de la homeostasis fetal, que causa alteración tisular irreparable hasta la muerte perinatal. (6)

La hipoxemia fetal deriva de la falta prolongada de oxigenación, es definida como el descenso de la presión parcial de oxígeno en la sangre; en consecuencia, este proceso deriva a un estado de hipoxia (descenso de oxígeno en los tejidos), lo cual desencadena falla mutiorgánica. (7)

Es necesario el uso de un método que detecte a tiempo a los fetos con signos de hipoxemia/hipoxia, antes de que repercuta en la salud futura del niño por nacer, con el fin de disminuir los falsos positivos evitando intervenciones innecesarias que podrían incrementar las patologías maternas y fetales. (8)

Dentro de las causas del compromiso del bienestar fetal se encuentran:

Causas maternas: hipotensión arterial por compresión de la vena cava inferior por la gravidez uterina o por ingesta de fármacos. (9) Hipoxia materna por cardiopatía, anemia severa e insuficiencia respiratoria. Acidosis materna por diabetes descompensada. Hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP. (10)

Causas placentarias: los cambios en la placenta podrían originar pérdida del bienestar fetal, como la placenta calcificada producida por los infartos placentarios; sumado a ello la senescencia placentaria o graves complicaciones como el desprendimiento prematuro placentario. Las alteraciones en las arterias que se conectan al útero también pueden provocar la pérdida del bienestar fetal; así, la ley de Hagen explica que “el flujo de un líquido en un cilindro es proporcional al radio a

la cuarta potencia” (9,11); por lo cual, cualquier variación del calibre en las arterias espirales tendría graves consecuencias en el espacio intervelloso. (10)

Los tumores, las malformaciones uterinas pueden provocar la disminución de oxígeno de la madre al feto, por la compresión de la vena cava inferior lo que dificultaría el retorno venoso. En el feto, la disminución de la calidad o cantidad de la sangre se asocia a patologías como la anemia hemolítica por incompatibilidad Rh. (10) Las anomalías del cordón umbilical, como un nudo verdadero, circulares al cuello o a alguna extremidad, un cordón breve o corto; pueden provocar signos de riesgo de pérdida de bienestar fetal. (9,10)

El líquido amniótico es producido por la circulación fetal y materna, donde hay un intercambio continuo y constante. El volumen va aumentando desde el inicio del embarazo hasta el término de éste. En la doceava semana hay 50 ml, hasta los 500 ml en la semana 22, 1000 ml en la semana 34 con un descenso a partir de las 40 semanas 600 ml aproximadamente. La anomalía del líquido amniótico se denota en el volumen: oligohidramnios (menor a 500ml), polihidramnios (mayor a 1500 ml), factores que condicionarían el bienestar fetal. (12)

El compromiso agudo del bienestar fetal, puede ser permanente o transitorio y se identifica durante el trabajo de parto. Se presenta con signos de hipoxia, hipercapnea y acidosis, que clínicamente se observa en los cambios de la frecuencia cardiaca del feto. (10,13)

Antes del trabajo de parto, se presenta el compromiso crónico del bienestar fetal, donde existe una disminución del flujo materno fetal de oxígeno y nutrientes a la placenta, lo que provoca déficits como la restricción del crecimiento intrauterino. (10,13)

El monitoreo electrónico fetal vigila las variaciones en la frecuencia cardíaca del feto relacionada a las alteraciones de la regulación del sistema nervioso autónomo y/o a la depresión del miocardio que serían provocados por la hipoxia y acidosis fetal. (14) Para la adecuada lectura de los trazados, se debe tener en claro todos los parámetros que describen y estudian la frecuencia cardíaca del feto. (15)

El principal objetivo de realizar la vigilancia, es la detección oportuna de los fetos en riesgo de hipoxia y tomar decisiones para evitar malos resultados perinatales; disminuyendo la morbimortalidad del niño por nacer. (16)

Durante el trabajo de parto se debe analizar la frecuencia cardíaca fetal en conjunto con la contracción uterina y valorar la relación que se establecen entre ellas; debido a que estos dos parámetros son importantes para continuar con la evolución del trabajo de parto y parto. De aparecer algún patrón que haga sospechar sobre la pérdida del bienestar fetal, se diagnóstica de manera precoz y permite establecer medidas para corregir la situación de riesgo fetal. (17,18)

1. CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

LUGAR: Hospital Maria Auxiliadora

Nombres y Apellidos: C.M.H.M.

Edad: 21

Procedencia: San Juan de Miraflores

Estado civil: Conviviente

Ocupación: Ama de casa

Religión: católica

Antecedentes personales:

Alergias: Niega

Antecedentes Patológicos: Niega

Antecedentes Familiares: Niega

Antecedentes Quirúrgicos: Niega

Antecedentes Gineco-obstétricos:

Menarquia: 11 años

Régimen Catamenial: 4/30 días

N° de Atenciones Prenatales: 7

Fecha de última menstruación: 21/05/2019

Fecha probable de parto: 28/02/2020

Hora de ingreso: 19:17 horas

Tiempo de enfermedad: no registra

Relato: paciente acude refiriendo dolor tipo contracción, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, niega síntomas premonitorios de eclampsia, percibe movimientos fetales.

Funciones vitales:

PA: 100/60 FC: 84 FR: 20 T°: 36.4 SO2: 99

Examen físico:

Paciente en AREG, REN, REH, piel elástica, hidratada, no palidez, no ictericia.

TP: MV (+) en ACP, no ruidos agregados

AC: RCR, no soplos

ABD: AU=31

LCF 110-132

MF +

DU 1/10/++

TV D=3cm

I=85%

AP=-3

MO= I PG

Impresión Diagnóstica:

1 Segundigesta nulípara 35s 1d x Eco IT

2 FLLP pretérmino

3 Prematuridad

Indicaciones Terapéuticas:

Reevaluación con resultados

Exámenes Auxiliares:

Hemograma, G y F, NST

Reevaluación médica: 29/01/2020

Hora: 20:25 horas

S. Vitales: FC: 65 FR: 18 PA: 130/100 T°: 37.6°C Sat: 97

PIEL: T/H/E, LLC<2", edemas (-)

TYP: MV pasa en CAP, no RA

CV: RCR de BI. no soplos

ABD: útero grávidoAU: 31

CU: 2/10 /+++/ 20"

LCF: 110 – 130x'

MF: ++

SPP: LC

GE: NO SV, NO pérdida LA

GU: PPL (-)

TACTO VAGINAL:

D: 3 cm AP: - 03 I: 85% MO: -3

SNC: LOTEPE, EG 15/15

Reporte Obstétrico: 19/10/2020

Hora: 20:30 horas

INGRESO A EMERGENCIA

E-21 G2P0010 EG= 35

PA= 130/100 FC= 105 FR= 20 T= 37.2

Paciente gestante ingresa a emergencia con Dx: Gest 35 sem / FLLP / SFA
x bradicardia

Actualmente: no refiere signos premonitorios de eclampsia.

Es evaluada por la Rs Dra. Ucharima encontrando al examen:

Piel y mucosas: T/H/E

M: blandas

Abdomen: LFC 110-132 MF: ++ DU: 1/10

GE: Tv diferido

Exámenes complementarios:

NST: 29/01/2020 19:34 horas

Tabla 1

Valoración de Puntaje FISHER: 3/10

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

Conclusión: T.S Positivo – No Reactivo
PRUEBA RÁPIDA VIH: NO REACTIVO

Impresión Diagnóstica:

- 1 Segundigesta nulípara 35s 1d x Eco IT
- 2 FALP
- 3 SFA x Bradicardia fetal

Plan: se programa para CSTP de EMG

Indicaciones Pre Quirúrgicas:

1. NPO
2. CFV + OSA
3. MMF

4. Nacl 9% x 1000cc → 500 cc a chorro luego 45g
5. Cefazolina 2gr EV Pre SOP
6. Cruzar 1PG
7. Preparar para SOP

FECHA: 29/01/2020

HORA: 21:00 horas

Reporte Operatorio:

Diagnóstico preoperatorio: Gest. 35 ss / FLLP / SFA x bradicardia fetal

Diagnóstico postoperatorio: Puérpera postcesárea x SFA + Atonía uterina

Operación realizada: CSTP + pts. de Hayman

Hallazgos:

RN vivo sexo masculino Apgar 6-8 HN: 21:15

LA meconial espeso en regular cantidad

CU ± 60cm 2ª/1V

Placenta fúndica normoinserta

Útero y anexos LA:

Flácido que no responde a oxitócicos

Se colocó misoprostol 800mcg TR Post SOP

Indicaciones post Qx inmediatas

1. NPO
2. CFV + OSA
3. Nacl 0.9% 1000cc } I
Oxitocina 30 UI }
4. Dextrosa 5% AD 1000cc }

Nacl 20% 02 amp II

CIK 20% 01 amp III

Oxitocina 30UI

5. Ketoprofeno 100mg EV c/8 h
6. Tramadol 100m S/C PRN a dolor
7. Metoclopramida 10m EV c/8h
8. Ranitidina 50 m EV c/8h
9. SS: hm control
10. Nifedipino 10m VO PRN a PA: 160/110 mmHg

Evolución día por día: (FV y examen)

Fecha: 30/01/2020

Hora: 08:35

DH₁ – PO₁

E: 21

G2P1011

FC: 18 FR: 18 SAT: 98 T° 37 PA 110/70

- S Paciente refiere dolor en sitio operatorio
- O PyM: T/H/E llenado capilar <2", pálida, no ictericia, no edemas
TyP: MV pasa ACP, no ruidos agregados
Mamas: Blandas secretantes
ABD: Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical
Herida operatoria cubierta por gasa
GE: loquios hemáticos escasos sin mal olor
GU: PPL (-)
SNC: LOTEP
- D Po CSTP + Puntos de Hayman x sufrimiento fetal x bradicardia fetal
Hemodinámicamente estable, afebril
- P Seguir indicaciones médicas
Hemograma control

(P) BHE

FALTAN ANALISIS PREOPERATORIOS

Tabla 2

Balance Hidroelectrolítico

INGRESOS			
	SOP	RECU	PISO
CINa	1100	300	1000
Coloides	500		
Otros			
Total	1600	+300	+1230
EGRESOS			
	SOP	RECU	PISO
	700		180
Diuresis	150		
Sangrado	600		
Otros		30	
Total	1450	270	+180
	+250	+276	+1050

Indicaciones terapéuticas:

1. DC+LAV
2. CFV+OSA
3. Tramadol 50m c/8h //NO

4. Paracetamol 500mg C/8h VO
 5. Nifedipino 10mg si PA \geq 160/110 mmHg
 6. Sulfato Ferroso 300mg c/24 h VO
 7. Metamizol 1 gr c/8h EV
 8. Tramadol 100mg SC PRN dolor intenso
- SS. Hgma G y F control

FECHA: 31/01/2020

HORA: 08:10

DH₂ – PO₂

E: 21

G2P1011

FC: 90 FR: 20 PA 100/60 T° 36.5 SAT: 98

- S Paciente refiere dolor en sitio operatorio
- O PyM: T/H/E llenado capilar <2" no ictericia, no edemas, pálida
Mamas: Blandas, secretantes
ABD: Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical
Herida operatoria limpia afrontada sin secreción
GE: loquios hemáticos escasos sin mal olor
GU: PPL (-)
SNC: LOTEP
- D Po₂ CSTP + Puntos de Hayman x sufrimiento fetal x LAM espeso +
Atonía uterina
Hemodinámicamente estable afebril
- P Seguir indicaciones médicas

FALTAN ANÁLISIS PREOPERATORIOS

Indicaciones terapéuticas:

1. DC+LAV
2. CFV+OSA
3. OyC signos de alarma
4. Tramadol 50m c/8h VO x 3dis
5. Paracetamol 500mg C/8h VO x3d
6. Sulfato Ferroso 300mg c/24 h VO
7. Control x C. Ext Go en 7 días

Pendiente Hemograma completo

Exámenes auxiliares:

FECHA: 31/10/2020

HORA: 09:24

Tabla 3
Exámenes auxiliares

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
LEUCOCITOS	14.93	10 ³ /ul	[4.40 – 11.30]
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul	
HEMATIES	4.56	10 ⁶ /ul	[3.50 – 5.00]
HEMOGLOBINA	12.1	g/dl	[11.0 – 15.0]
HEMATOCRITO	38	%	[33 – 48]
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	82.9	fL	[80.0-95.0]
HB CORPUSCULAR MEDIA	26.5	pg	[28.0-36.0]

CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	32.0	G / dl	[30.0-36.0]
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	15.9	%	[11.0-15.0]
PLAQUETAS	319	10 ³ /ul	[150-450]
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	11.10	fL	[8.00-12.00]
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	[0.0-4.0]
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	79.4	%	[40.0-75.0]
LINFOCITOS %	16.1	%	[15.0-45.0]
MONOCITOS %	3.1	%	[2.0-10.0]
EOSINOFILOS %	0.9	%	[0.0-5.0]
BASOFILOS %	0.1	%	[0.0-1.0]
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.4	%	[<=1.0]
NEUTROFILO ABASTONADO	0.00	/mm ³	[0.00-400.00]
NEUTROFILO SEGMENTADO	11854	/mm ³	[1600-7500]
LINFOCITOS	2404	/mm ³	[1500-4500]
MONOCITOS	463	/mm ³	[200-1000]
EOSINOFILOS	134	/mm ³	[0-500]
BASOFILOS	15	/mm ³	[0-100]
GRANULOCITOS INMADUROS	0.03		[<=1.0]

FECHA: 01/02/2020

HORA: 06:45

[DH – 3]

E: 21

G2P1011

PA 110/70 FC: 91 FR: 20 SAT: 97 T° 36.7

Dx: Puérpera post CSTP

S Paciente refiere molestias a nivel de HO

O PyF: T/H/E llenado capilar <2”

TyP: MV pasa bien en ACP

CV: RCR de buena intensidad. No soplos

Mamas: Turgentes, secretantes

ABD: Blando, depresible RHA (+)

Útero contraído 2cm debajo CU

HO. Afrontada, no flogosis

GE: Loquios hemáticos escasos sin mal olor

SNC: Despierta, LOTEP

A Paciente hemodinámicamente estable

Ventila espontáneamente

P Seguir indicaciones médicas

Indicaciones terapéuticas:

1. Alta con indicaciones
2. CFV+OSA
3. OyC signos de alarma

4. Sulfato Ferroso 300mg c/24 h VO
5. Ketoprofeno 100mg c/8h vo x 15d
6. Deambulaci3n

2. CAPÍTULO II

2.1. JUSTIFICACI3N DE LA INVESTIGACI3N

El presente trabajo académico profundiza las bases teóricas del monitoreo fetal como herramienta de evaluación de la frecuencia cardiaca fetal, haciendo relación con los movimientos fetales y las contracciones uterinas. Es un método confiable para realizar el diagnóstico y prevención de la hipoxia y asfixia neonatal.

La evidencia que se presenta en la investigación contribuye a las casuísticas de la institución sobre como el monitoreo electrónico fetal predice la condición del bienestar del recién nacido, de tal manera que este método se realice de forma rutinaria en la institución y ayude a la mejor prestación del servicio que se brinda a la población gestante.

La presente investigación, aportará datos importantes sobre el monitoreo electrónico fetal y la importancia de éste, así como sentará las bases para las futuras investigaciones y aportar así, datos científicos a la institución.

3. CAPÍTULO III

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Antecedentes nacionales

Vilca V. (2019) en su estudio “Resultados del test estresante según indicación médica en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen”; tuvo como objetivo determinar si la indicación y/o diagnóstico para la indicación del test estresante estaba relacionado con los resultados obtenidos, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, realizado en Junín-Huancayo. Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional, método inductivo, de diseño descriptivo simple. Resultados: dentro de los hallazgos de la cardiotocografía se obtuvo que, el 97,5% presentó una línea base de la frecuencia cardíaca fetal normal, se presentó variabilidad mínima en el 42,5% de trazados, variabilidad moderada en el 57,5%, el 100% presentaron aceleraciones, no hubo desaceleraciones en el 60% de casos, las desaceleraciones tempranas estuvieron presentes en el 25% de los casos, y un 15% de casos con desaceleraciones tardías, en cuanto a la presencia de las desaceleraciones, en el 40% de casos el número de desaceleraciones se presentaron en menos del 50% de trazados, el 72,5% evidenciaron menos de 5 contracciones uterinas, y los trazados que tuvieron más de cinco contracciones uterinas fueron el 27,5% de casos. Los test considerados negativos se presentaron en el 62,5%, los test positivos en un 20%, y 10% de trazados insatisfactorios; con resultado sospechoso o dudoso fue de 7,5%. La autora concluyó que, en las gestantes con diagnóstico de patología leve o severa, el método de ayuda diagnóstica para la identificación de los fetos que no presentan hipoxia es el test estresante. (19)

Moreno N, Tolentino I. (2017), en su estudio “Hallazgos cardiotocográficos del sufrimiento fetal agudo en relación a los resultados neonatales, Hospital Víctor Ramos Guardia” realizado en Huaraz - período 2014-2015; el objetivo de esta investigación fue determinar si existe relación en los

hallazgos del test estresante de gestaciones diagnosticadas con sufrimiento fetal agudo y los resultados de los neonatos; la muestra estuvo conformada por 128 trazados de cardiotocografía de gestantes con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Investigación de tipo retrospectiva, transversal, correlacional. Resultados: los trazados de categoría II se presentaron en el 64.8% de casos, categoría III en un 24.2% y de categoría I en un 10.9%. Según el test de APGAR que se realiza al nacer: los recién nacidos con depresión moderada fueron el 67.2%, un 18.8% con depresión severa, y sólo el 14.1% tuvieron un puntaje APGAR al minuto normal. Del total de la muestra de gestantes, el 71.1% presentó líquido meconial fluido, con líquido meconial espeso un 18.8%, y un 10.2% presentó líquido claro al momento del parto. Del total de recién nacidos con trazado categoría II presentaron depresión moderada según puntaje APGAR al minuto el 61.7%; los trazados categoría III se presentaron en el 24.2%: presentaron depresión moderada el 5.5% de neonatos y un 18.8% depresión severa. Las autoras concluyeron que existe una relación significativa entre los hallazgos del test estresante de las gestaciones con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo y la puntuación APGAR al minuto ($P=0.034$). (20)

Cano M. (2017) en su estudio “Monitorización cardiotocográfica fetal como predictor de sufrimiento fetal agudo en gestantes de labor de parto” realizado en el período 2015-2016 en Huánuco, con el objetivo de determinar si la valoración del monitoreo cardiotocográfico del feto es un buen predictor del sufrimiento fetal agudo en gestantes con trabajo de parto; estudio de tipo observacional, prospectivo y transversal con diseño correlacional. Resultados: el 88.9% de trazados cardiotocográficos tuvieron una línea de base de la FCF normal, el 6.9% tuvo bradicardia y en un 4.2% presentaron taquicardia fetal. Un 76.6% con variabilidad moderada, 20.6% con variabilidad mínima y un 2.7% con variabilidad ausente. En el 79,8% se evidenció aceleraciones, en el 14.9% con

aceleraciones periódicas y ausentes en un 5.3%. en el 5.8% de trazados se observaron desaceleraciones tardías y en el 13.3% con desaceleraciones variables. Los movimientos fetales fueron mayores a 5 en un 84.7%; el 96.6% de casos presentaron dinámica uterina y en el 3.4% se evidenció taquisistolia. La autora concluyó que el monitoreo electrónico fetal tiene una sensibilidad del 70% y especificidad del 84%; con valor predictivo positivo de 53.55% y valor predictivo negativo de 50.43% con un intervalo de confianza del 95% frente a la puntuación APGAR al minuto, y frente a la puntuación APGAR a los cinco minutos, el monitoreo electrónico fetal tiene una sensibilidad del 22%, especificidad del 81 % con valor predictivo positivo de 24.75% y valor predictivo negativo de 76.32% con un intervalo de confianza del 95%. (21)

Estrella M. (2018) en su investigación "Importancia de la monitorización electrónica fetal intraparto para el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo en gestantes" realizado en el hospital Regional Hemilio Valdizán - Huánuco en el período 2017. Cuyo objetivo fue determinar la eficacia del monitoreo electrónico intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal. Metodología: estudio descriptivo, analítico, cuantitativo, transversal y retrospectivo; con una muestra conformada por 480 gestantes del servicio de cardiotocografía fetal. Resultados: el 58% de trazados tuvieron línea de base normal de la FCF, 18% con bradicardia y 22% taquicardia. El 60% presentó variabilidad moderada, 27% con variabilidad mínima y 7% variabilidad saltatoria. Aceleraciones presentes en el 61% de casos, periódicas 27% y ausentes en un 12%. En el 5% de trazados se evidenció desaceleraciones tardías, 6% desaceleraciones tempranas, variables en 25% y mixtas en el 5% de trazados; el 22% presentaron desaceleraciones prolongadas y ausentes en el 37%. En el 60% de casos se obtuvo un resultado negativo respecto al diagnóstico de sufrimiento fetal resultante del monitoreo cardiotocográfico fetal y positivo en el 40%. El 27% de casos

presentaron calcificaciones en la placenta, 8% con infartos placentarios y 65% de placentas normales. (22)

Valenzuela L. (2015) en su investigación: “Monitoreo fetal intraparto y su relación con el APGAR del recién nacido. Hospital II Huamanga – Essalud”, tuvo como objetivo determinar si los resultados del monitoreo electrónico intraparto fetal estaban relacionados al puntaje APGAR. Estudio de tipo observacional, retrospectivo y transversal, diseño no experimental. Muestra constituida por 184 gestantes a quienes se le realizó monitoreo electrónico fetal. Resultados: los trazados con un resultado normal estuvieron en un 40.8%; de los cuales, el 27.2% obtuvieron un neonato con puntaje APGAR dentro de lo normal y 13.6% con depresión moderada con resultado patológico se presentaron en un 6.5% de casos con un 4.3% de recién nacidos con depresión severa y 1.1% presentaron depresión moderada. El 52.7% de gestantes tuvieron un resultado sospechoso en la cardiotocografía y 6.5% patológico; predominando así el resultado no reactivo. La conclusión fue que el monitoreo fetal intraparto se relaciona con la puntuación APGAR del recién nacido ($P < 0.05$). El resultado no reactivo es un indicio de predicción de hipoxemia y/o acidosis fetal. (23)

3.1.2. Antecedentes internacionales

Revelles L., y cols (2017) en su investigación “Trascendencia neonatal del meconio en líquido amniótico, en recién nacidos mediante cesáreas realizadas por sospecha de sufrimiento fetal”, en Granada-España, cuyo objetivo fue conocer los efectos del líquido amniótico meconial con respecto al pronóstico de los recién nacidos por cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal. Estudio retrospectivo donde se analizaron la puntuación Apgar respecto a las peculiaridades del líquido amniótico en 2007 partos por cesárea realizados por riesgo de pérdida de bienestar fetal

del Hospital Universitario “Virgen de las Nieves”. Resultados: el 88,7% de casos presentaron líquido amniótico meconial intraparto y el 11,3% fue anteparto. El 7,1% de recién nacidos con líquido amniótico meconial obtuvieron una puntuación Apgar bajo y mayor tasa de ingreso a la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Los autores concluyeron que la presencia de líquido amniótico teñido de meconio supone una alteración de los parámetros del monitoreo fetal intraparto, sin afectar el pH de arteria umbilical al nacer. (24)

Ramírez N, y cols. (2019) en su estudio “Relación del monitoreo cardiotocográfico intraparto con el estado clínico del recién nacido”, en Guatemala; cuyo objetivo fue determinar si existía relación entre el estado clínico del recién nacido y los resultados del monitoreo electrónico intraparto. Realizaron un estudio de tipo analítico, transversal donde evaluaron a 271 gestantes con trabajo de parto y la evaluación del estado clínico del neonato. Resultados: mediante medidas asociativas determinaron que los trazados de los MIP positivos tienen 9.2 veces mayor riesgo de terminar con un estado desfavorable del neonato, que aquellas cuyo resultado del MIP fue negativo ($RR=9.2; 2.722-31.08$)(IC 95%). Así también, determinaron que el monitoreo cardiotocográfico fetal intraparto positivo tiene un 60% de sensibilidad; VPP= 16%; los MIP es la técnica adecuada para predecir el bienestar fetal, con una especificidad del 88% y VPN=98%. Los autores concluyeron que el monitoreo intraparto tiene relación con el estado clínico del neonato. (25)

Paucar D y col., (2016) en su investigación “Correlación entre el compromiso de bienestar fetal orientado por cardiotocografía que culmina en cesárea y la respuesta neonatal mediante la valoración APGAR, en una población de gestantes a término”, en Ecuador. Tuvo como objetivo evaluar la valoración del test de APGAR con respecto al trazado cardiotocográfico anormal en embarazadas sin patologías previas y que

fueron diagnosticadas con riesgo de pérdida de bienestar fetal. Metodología: Observacional, de cohortes; realizado en el Hospital Enrique Garcés de enero a diciembre del 2015, estudiaron a 270 gestantes sin patologías previas operadas de cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Resultados: de los neonatos con puntuación APGAR baja al primer minuto, el 58.6% tenían un trazado cardiotocográfico alterado; mientras que el 41.4% tuvieron un trazado cardiotocográfico normal (RR 2,029 p = 0,043). Los autores concluyeron que variabilidad ausente y/o las desaceleraciones no deben ser subestimados; puesto que, esos parámetros y su asociación con las contracciones uterinas evidencian la capacidad del feto por mantener un estado saludable. (26)

Sánchez L. (2019), en su estudio “Correlación obstétrica cardiotocográfica intraparto como indicador para cesárea de emergencia, resultante neonatal” realizado en Guayaquil-Ecuador. Tuvo como objetivo evaluar si los resultados del monitoreo intraparto están asociados a los resultados del recién nacido. Estudio retrospectivo, analítico, transversal y correlacional con una muestra de 313 gestantes que culminaron su embarazo con una indicación de cesárea. Resultados: el 53.7% de casos presentó bradicardia fetal, mientras que el 20.1% tuvieron taquicardia fetal. Las desaceleraciones intraparto de tipo I estuvieron presentes en el 17.3%, el 59.1% evidenciaron desaceleraciones intraparto II y un 23.6% desaceleraciones intraparto III. Un 1% con ausencia de variabilidad, el 70% con variabilidad mínima y el 19.2% con variabilidad normal, mientras que el 9.9% presentaron variabilidad saltatoria. El 12.1% presentaron trazados con ausencia de reactividad. Sensibilidad: 82.2% y especificidad 38.3% para determinar el resultado neonatal adverso. El autor concluyó que los hallazgos de la cardiotocografía fetal como bradicardia fetal, desaceleraciones tipo II, variabilidad fetal disminuida y las aceleraciones ausentes se asocian a complicaciones neonatales como puntuación

APGAR bajo al momento de nacer por Distres respiratorio y acidosis fetal.
(27)

Jurado A. (2018) en su estudio “Monitorización electrónica fetal intraparto y sufrimiento fetal en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel” en Guayaquil-Ecuador. Cuyo objetivo fue establecer la relación entre la monitorización fetal intraparto patológica y el diagnóstico de sufrimiento fetal en el Hospital Matilde Hidalgo De Procel año 2018. Un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal y analítico; la muestra se constituyó con 81 pacientes con diagnóstico de sufrimiento fetal. Resultados: El 7.4% presento una línea de base de FCF menor a 120 latidos y el 82.7% una línea de base normal; mientras que el 9.9% presento línea de base taquicárdica. El 53.1% de casos tuvo una variabilidad disminuida y en el 3.7% estuvo dentro de valores normales. El 64.2% no presento reactividad frente a un 35% que si se evidencio. Con respecto a las desaceleraciones: el 7.4% tuvo desaceleraciones tempranas, 25.9% presentaron desaceleraciones tardías y un 66.7% de trazados con desaceleraciones variables. En el 16% de registros se presentó desaceleraciones prolongadas. En un 3.7% de casos se evidenció patrón sinusoidal. La conclusión de la autora fue que el monitoreo fetal intraparto no es concluyente con el diagnóstico de sufrimiento fetal. (28)

4. CAPÍTULO IV

4.1. DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Se describe el presente trabajo académico de gestante atendida en el hospital María Auxiliadora, con diagnóstico al ingreso de gestante de 35 semanas, en trabajo de parto, a la cual se le indicó un monitoreo fetal electrónico, identificándose varios factores de riesgo, entre ellos: atención prenatal inadecuada, tuvo 7 controles prenatales a la semana 28 de gestación, por motivos no especificados, pudiéndose considerar como gestante controlada. Otro factor de riesgo fue la prematuridad (edad gestacional de 35 ss) al ingreso por emergencia, pues ya se encontraba en trabajo de parto. Por otro lado, se evidencia en el monitoreo fetal, la pérdida de bienestar fetal; cabe resaltar que debió ser interpretado según las categorías de NICH, porque ya se encontraba en labor de parto, razón de este estudio.

Al respecto, se encontró resultados similares de otros autores, tales como: Vilca V. (19), en su investigación muestra que los resultados del monitoreo electrónico fetal ayudan al diagnóstico de los fetos sanos, en el caso presentado se demuestra que el monitoreo electrónico fetal, ayudó en la detección de un feto hipóxico; a pesar de que el factor de riesgo de la paciente fue la prematuridad.

Moreno N, Tolentino I. (20), en su estudio buscaron relacionar la cardiotocografía fetal mediante NICHD con el test Apgar al nacer en pacientes con diagnósticos de sufrimiento fetal agudo; al igual, que en el caso estudiado se diagnosticó sufrimiento fetal por el resultado del trazado obteniendo un recién nacido con puntuación APGAR de 6 (depresión moderada). Cabe resaltar que, a pesar de que en el caso presentado se solicitó monitoreo fetal, con una paciente en trabajo de parto se debió de haber interpretado con las categorías según NICHD, pero los resultados fueron leídos según FISHER como un test estresante.

En el estudio de Cano (21), las desaceleraciones tardías se presentaron en un porcentaje menor del total de su muestra, y la sensibilidad de la cardiotocografía fue del 70%, situación donde se encontraría el trazado realizado en este caso donde se obtuvo una puntuación FISHER muy baja (con feto no reactivo) y líquido meconial espeso al nacer, con puntuación APGAR de 6.

De igual manera la investigación de Valenzuela (23) que relacionó el monitoreo fetal intraparto con la puntuación APGAR al nacer, en donde un porcentaje menor tuvo depresión moderada con resultado patológico del monitoreo intraparto, lo que concuerda con el caso presentado, de igual manera la asociación de los resultados del monitoreo intraparto patológico, específicamente las desaceleraciones tardías recurrentes con el líquido amniótico meconial espeso, tiene repercusiones adversas en la puntuación Apgar.

Ramírez N y cols, (25) evidenciaron en su estudio que los trazados del monitoreo intraparto positivos se relacionan con el resultado adverso del neonato, situación que se presentó en el caso; debido a que el recién nacido con puntaje APGAR de 6, necesitó medidas de reanimación para mejorar su estado.

La acción rápida que tomó el equipo de guardia para salvaguardar la vida del feto y no se produzca mayores complicaciones coincide con lo encontrado por Paucar D y col. (26) al no subestimar los resultados del trazado cardiotocográfico.

De igual manera, el caso presentado concuerda con el estudio de Sánchez L. (27) en donde los hallazgos como las desaceleraciones intraparto de tipo

Il recurrente, variabilidad fetal disminuida y ausencia de reactividad está asocia al test de APGAR bajo al nacer.

Al contrario de lo encontrado por Jurado A (28), el monitoreo fetal intraparto realizado ayudó al diagnóstico de sufrimiento fetal y manejo oportuno en este caso.

5. CAPÍTULO V

5.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1. CONCLUSIONES

1. Paciente de 21 años, segundigesta nulípara que, a pesar de tener 7 controles prenatales, por motivos no especificados, el último control prenatal fue a las 28 semanas de gestación.
2. La interpretación del trazado cardiotocográfico; si bien ayudó al diagnóstico y al manejo oportuno de la paciente, no fue interpretado según la categoría NICHD para monitoreo intraparto.
3. El resultado del monitoreo intraparto fetal revela variabilidad disminuida, ausencia de aceleraciones y DIP II recurrentes.
4. La premura en la atención de la paciente para evitar mayores complicaciones, llevaron a una cesárea de emergencia sin los análisis requeridos, sino hasta después de más de doce horas luego de la intervención.
5. La indicación de cesárea fue oportuna por presentar signos de insuficiencia placentaria por DIP II.

5.1.2. RECOMENDACIONES.

1. Protocolizar e implementar la valoración NICH, en la interpretación de las pruebas de bienestar fetal en Trabajo de Parto.
2. Promover la capacitación continua y actualización al profesional obstetra, así como la práctica diaria en el servicio, para la correcta interpretación de la cardiotocografía fetal y valoración del bienestar fetal.
3. Continuar realizando, de forma sistemática el monitoreo electrónico fetal en gestantes de riesgo, con el fin de detectar fetos en riesgo de asfixia.
4. Fortalecer la atención prenatal, de acuerdo a las normas, así como realizar el seguimiento de las gestantes en sus controles prenatales, e incidir en los signos de alarma de la gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. 19 de setiembre del 2019. [Citado 2020 Mar 24] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/reducir-la-mortalidad-de-los-reci%C3%A9n-nacidos>
2. Ávila J. Situación de la Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal en el Perú, hasta la SE 14 2019. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019; 28 (14): 348-356 Mayo 2019. [citado 2020 Mar 24] Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/14.pdf>
3. INMP. Oficina de epidemiología y Salud Ambiental. Boletín Epidemiológico, SE N° 40 al 44. 2019; 10: 13-14. Nov 2019. [citado 2020 Mar 24] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605>
4. Schwartz R, Fescina R, Duverges R. Obstetricia. Sexta Edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2008
5. Sección de Medicina Perinatal. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Neonatología. Uso inapropiado del término sufrimiento fetal. Progresos en Obstet y Ginecol. 2002; 45(8): 359-60. [citado el 10 de Abril de 2020].
6. Laríos M, Padilla E. Factores de riesgos asociados a pérdida de bienestar fetal en adolescentes y añosas del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. [Tesis pregrado]. 2015. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA. [citado el 08 de Abril de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1337/1/56936.pdf>
7. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrharan E; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131(1):13-24. [citado el 10 de abril de 2020]. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020
8. Calveiro M. Frecuencia de registros cardiotocograficos sugerentes de pérdida de bienestar fetal y su relación con los resultados perinatales en un hospital de tercer nivel. [Tesis para optar el grado de doctoral]. 2017. Universidad Complutense de Madrid. [citado el 18 de abril de 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/46300/1/T39554.pdf>
9. Huaman J. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL CARDIOTOCOGRAFÍA. Editorial Columbus SRL. Primera edición. Junio del 2010.
10. Coello KJ, Mejía JC. Compromiso de bienestar fetal frente al Apgar del recién nacido. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas.

- Carrera de Obstetricia. Tesis pregrado. 2019 [citado el 18 de junio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/45728>
11. Modon A. Teoría de Mecánica de los Fluidos. [Apuntes] 2017. Universidad Nacional de Cuyo. 5; 81-82 [citado el 18 de junio de 2020].
 12. García J, García C. Fisiología, Funciones y Alteraciones del Líquido Amniótico. Artículo de revisión. 2016 [Citado el 20 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/306014803_FISIOLOGIA_FUNCIONES_Y_ALTERACIONES_DEL_LIQUIDO_AMNIOTICO
 13. Silva T., Proceso de Atención de Enfermería en el Embarazo, Labor de Parto y Compromiso del Bienestar Fetal. Universidad Técnica de Machala. 2017.[citado el 21 de junio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10804/1/SILVA%20SANGINEZ%20TANIA%20KARINA.pdf>
 14. Navarro A. Manual de Monitoreo Fetal. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú. 2019
 15. Balayla J, Shrem G. Use of artificial intelligence (AI) in the interpretation of intrapartum fetal heart rate (FHR) tracings: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2019 Jul; 300(1):7-14. 10.1007/s00404-019-05151-7. Epub 2019 May 3. PMID: 31053949. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31053949/>
 16. Francés L; Terré C. Control del bienestar fetal: monitorización biofísica anteparto. ROL. Revista Española de Enfermería, 2014, vol. 37, num. 12, p. 817-822. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/65673>
 17. Méndez N. Controversias actuales para definir alteraciones del bienestar fetal Rev. Medisan.2013; 17(03):521-534. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300014
 18. Serrano M, Beltrán I, Serrano J. Perfil biofísico para conocer el bienestar fetal. Rev Esp Méd Quir 2012;17(4):300-307. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47325181010.pdf>
 19. Vilca V. Resultados del test estresante según indicación médica en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. [Tesis Postgrado] Universidad Nacional de Huancavelica. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3012>
 20. Moreno S, Tolentino I. Hallazgos cardiotocográficos del sufrimiento fetal agudo en relación a los resultados neonatales, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2014-2015. [Tesis pregrado] Universidad Nacional “Santiago Antunez de Mayolo” 2017. Disponible en:

http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/1820/T033_47673380_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. Cano M. Monitorización cardiotocográfica fetal como predictor de sufrimiento fetal agudo en gestantes de labor de parto, Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, 2015 y 2016. [Tesis posgrado] 2017. Disponible en: <http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/519/CANO%20BARTOLO%2c%20MARISOL%20VIOLETA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Estrella M. Importancia de la monitorización electrónica fetal intraparto para el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo en gestantes del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco. [Tesis Posgrado] Universidad de Huánuco. 2018. Disponible en: <http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/1585/ESTRELLA%20E%20SPIRITU%2c%20Melania%20Cirila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Valenzuela L. Monitoreo fetal intraparto y su relación con el apgar del recién nacido. Hospital II Huamanga - Essalud. [Tesis Posgrado] Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. 2015. Disponible en: http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/2595/TEPO_Valenzuela_Terres_Lucy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Revelles L, Maroto Martín María, Alkourdi Martínez Amira, Zurimendi Gorrochategui Itaxso, Sánchez Ruiz Rocio, Puertas Prieto Alberto. Trascendencia neonatal del meconio en líquido amniótico, en recién nacidos mediante cesáreas realizadas por sospecha de sufrimiento fetal. Artículo original. Rev. Latin. Perinat. 2018, 21 (1): (31). Disponible en: http://www.revperinatologia.com/images/6_art4rev_lat_perinat_vol_21n1_2018_final3.pdf
25. Ramírez, N., Lemus, Y., Retana, R., Mazariegos, E., Arriola, C., (2019). Relación del monitoreo cardiotocográfico intraparto con el estado clínico del recién nacido. Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI, 3(1), 11-17. Disponible en: <https://doi.org/10.36314/cunori.v3i1.75>
26. Paucar D; Borrero J. Correlación entre el compromiso de bienestar fetal orientado por cardiotocografía que culmina en cesárea y la respuesta neonatal mediante la valoración apgar, en una población de gestantes a término del Hospital Enrique Garcés. Tesis post grado (2016) Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12523>
27. Sánchez L. Correlación obstétrica cardiotocográfica intraparto como indicador para cesárea de emergencia, resultante neonatal. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados.

- Tesis posgrado. 2019 [citado el 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/46491>
28. Jurado A. Monitorización electrónica fetal intraparto y sufrimiento fetal en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el año 2018. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia Tesis pregrado. 2019 [citado el 17 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42223>
 29. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw Hill L / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 5ta edición.
 30. Villasís-Keever M, Miranda N, El protocolo de investigación II: los diseños de estudio para investigación clínica. Revista Alergia México [Internet]. 2016; 63 (1): 80-90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=486755022002>
 31. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol. [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Mar 07]; 35(1): 227-232. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es.

ANEXOS

ANEXO 1: HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL

x 340


CLAP-OPS/ONS-HAMA-HQPB		ESTABLECIMIENTO		18 93126	
EFECTUOS Y NOMBRES <i>María Concepción</i> DNI: <i>51266431</i> Dirección: <i>San Felipe 222</i> Ocupación: <i>ama de casa</i> Refrenda de:		EDAD: <i>21</i> en años menor 15 mayor 34		ESTADOS CIVIL: <input checked="" type="checkbox"/> Casado U. <input type="checkbox"/> Estab. <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Otro PADRE RN:	
ANTECEDENTES Personales Diabetes y/o sospech: <input type="checkbox"/> TBC pulmonar: <input type="checkbox"/> Hipertensión Crónica: <input type="checkbox"/> Cirugía pélvico uterino: <input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> HIE: <input type="checkbox"/> ITU: <input type="checkbox"/> TBC pulm: <input type="checkbox"/> Infertilidad: <input type="checkbox"/> Hipertensión: <input type="checkbox"/> Gemelares: <input type="checkbox"/> Otros:		Obstétricos Gestas: <input type="checkbox"/> Abortos: <input type="checkbox"/> nacidos vivos: <input type="checkbox"/> Más de 3 partos: <input type="checkbox"/> RN menor 2500 g: <input type="checkbox"/> Gemelares: <input type="checkbox"/> cesáreas: <input type="checkbox"/> nacidos muertos: <input type="checkbox"/> después tra sem: <input type="checkbox"/>		Fin anterior embarazo Parto: <input type="checkbox"/> Aborto: <input type="checkbox"/> Ectópico: <input type="checkbox"/> Molar: <input type="checkbox"/> No aplica: <input checked="" type="checkbox"/> RN de mayor peso: <i>0000</i> gr	
EMBARAZO ACTUAL Peso anterior: <i>67</i> Kg, <i>149</i> TALLA (cm): <i>149</i> IMC: <i>28.02</i>		DUDAS: <input type="checkbox"/> ANTITETANICA: <input type="checkbox"/> Sin dosis: <input type="checkbox"/> No Aplica: <input type="checkbox"/> N° Dosis Actual: <i>1D</i>		GRUPO: <i>O</i> N° Cigarras por día: <i>0</i> HOSPITALIZACIÓN (ingreso): <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
EY/OJO: <input type="checkbox"/> EX ODOÑO: <input type="checkbox"/> EX MAMAS: <input type="checkbox"/> PELVIS: <input type="checkbox"/> PAP: <input type="checkbox"/> PPD: <input type="checkbox"/> CERVIX: <input type="checkbox"/> VDRL: <input type="checkbox"/>		Normal: <input type="checkbox"/> Normal: <input type="checkbox"/> Normal: <input type="checkbox"/> Normal: <input type="checkbox"/> Normal: <input type="checkbox"/> Normal: <input type="checkbox"/>		Hb: <i>13.8</i> / <i>13.2</i> / <i>16.12</i> Psico profilaxis (Sesiones): <i>1 2 3 4 5 6 8</i>	
Fecha de Consulta: <i>1 08/07</i> / <i>2</i> / <i>3</i> / <i>4</i> / <i>5</i> / <i>6</i> / <i>7 18/01</i> / <i>8</i> / <i>9</i> Sem. menores FUR: <i>6.33</i> ECO: <input type="checkbox"/> AU: <input type="checkbox"/>		Peso (kg): <i>68</i> Tensión arterial (mmHg/min): <i>100/60</i> Alt Uterina: <i>5.5</i> / <i>5.5</i> FCP: <i>110</i> / <i>110</i> / <i>110</i> Cita/Establecimiento: <i>C. C. S. S.</i> / <i>Luz</i> / <i>407</i> / <i>407</i> / <i>407</i> / <i>407</i> / <i>407</i> / <i>407</i> / <i>407</i>		Responsable apellido: <i>CANCINA HUANGUANI</i> EDAD GEST: <i>35</i> PRESENT: <input type="checkbox"/> Corf: <input type="checkbox"/> Pelv: <input type="checkbox"/> Tran: <input type="checkbox"/> TAMAÑO FETAL: <i>35</i> ACORDE: <input type="checkbox"/> Esp: <input type="checkbox"/> Inc: <input type="checkbox"/> Cat: <input type="checkbox"/> Ektol: <input type="checkbox"/> INICIO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Membranas al Ingreso: <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES: UCAIM DIGITADO		LIQUIDO AMNÍOTICO: <input type="checkbox"/> FALSO: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> CLARO: <input type="checkbox"/> ESPESO: <input type="checkbox"/> SANGRE: <input type="checkbox"/>		SUIF FETAL: <input type="checkbox"/> PBF: <input type="checkbox"/> BF: <input type="checkbox"/> TF: <input type="checkbox"/> LAAM: <input type="checkbox"/> DIP II: <input type="checkbox"/>	
TERMINACIÓN: <input type="checkbox"/> Aborto: <input type="checkbox"/> Cesárea: <input type="checkbox"/> Inducción: <input type="checkbox"/> Indicación principal de parto operativo o inducción: <i>SFA</i>		APELLIDOS RN: <i>CANCINA HUANGUANI</i> HC RN:		ATENCIÓN: Médico: <input type="checkbox"/> Obst: <input type="checkbox"/> Int: <input type="checkbox"/> Enf: <input type="checkbox"/> Estud: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Apellido: <i>Dr. Bravo</i>	
MUERTE INTRAUTERINA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> DESGARROS: <input type="checkbox"/> Grado: <input type="checkbox"/> CORDON UMBILIC. Normal: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		MEDICACION PARTO: Ning <input type="checkbox"/> reg <input checked="" type="checkbox"/> gen <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> octoc <input type="checkbox"/> Otra:		ANES: <input type="checkbox"/> Anes: <input type="checkbox"/> Analg: <input type="checkbox"/> OTRA:	
SEXO: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A: <input type="checkbox"/> PESO AL NACER: <i>3300</i> mm, <i>31.5</i> PER CEF, <i>31.5</i> PER TORAC, <i>9.5</i> mm		EDAD POR EX. FISICO: <i>35</i> Adec: <input checked="" type="checkbox"/> Balard: <input type="checkbox"/> Parq: <input type="checkbox"/> Gde: <input type="checkbox"/> APGAR minuto: <i>06</i> / <i>09</i>		REANIMA RESPIRAT: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Mascarilla: <input type="checkbox"/> Talo: <input type="checkbox"/> Masaje Cardíaco: <input type="checkbox"/> GRUPO: <input type="checkbox"/> VDRL: <input type="checkbox"/> EX. FISICO, Normal: <input type="checkbox"/> SDR: <input type="checkbox"/> HTA/Neuro previa: <input type="checkbox"/> Anem. PP: <input type="checkbox"/> Parto Obst: <input type="checkbox"/> H. ter Tr: <input type="checkbox"/> DFP: <input type="checkbox"/> Placenta previa: <input type="checkbox"/> Anemia Crónica: <input type="checkbox"/> Oligohidramnios: <input type="checkbox"/>	
PATOLOGICAS R.N.: <input type="checkbox"/> Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Otros SDR: <input type="checkbox"/> Asfisia: <input type="checkbox"/> Infecciones: <input type="checkbox"/> Def. Congenit: <input type="checkbox"/> Neurologicas: <input type="checkbox"/> Metab/nutric: <input type="checkbox"/> Hemorragias: <input type="checkbox"/> Hipertirub: <input type="checkbox"/>		ALDO. CONJUNTO: <input type="checkbox"/> HOSPITALIZADO: <input type="checkbox"/> Vitaminas K: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VACUNAS: <input type="checkbox"/> BCG: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POLIO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ORTOLANI BARLOW: <input type="checkbox"/> Derecha: <input type="checkbox"/> Izquierda: <input type="checkbox"/> MIECION: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESTINO: <input type="checkbox"/> ADMISION: <input type="checkbox"/> UCI: <input type="checkbox"/> INT I: <input type="checkbox"/> IN IA: <input type="checkbox"/> IN IB: <input type="checkbox"/>	
EGRESO R.N.: <input type="checkbox"/> Sano <input checked="" type="checkbox"/> Con Patología: <input type="checkbox"/> Hora: <i>14:00</i> Día: <i>19</i> Mes: <i>08</i>		PESO AL EGRESO: <i>3300</i> g ALIMENTO: <input type="checkbox"/> Pech: <input type="checkbox"/> Mixt: <input type="checkbox"/> Artificial: <input type="checkbox"/>		EGRESO MATERNO: <input type="checkbox"/> Sano <input checked="" type="checkbox"/> Con Patología: <input type="checkbox"/> Hora: <i>14:00</i> Día: <i>19</i> Mes: <i>08</i> NECROPSIA: <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	

*Se anexa Suplementaria
 transvener + puntas iteymann*

Significa SEGUIMIENTO CONTINUO

Significa ALERTA

ANEXO 2: HOJA DE ATENCIÓN POR EMERGENCIA

 Hospital María Auxiliadora HISTORIA DE ATENCIÓN POR EMERGENCIA		Tipo y N° Seguro Fecha: 29/01/2020 Hora: 19:40
Topico de: TOPICO DE GINECO-OBS		N° DNI: 71266431 N° HISTORIA: 1893176
Filiación: HUANAQUIRI MANUYAMA CANDY MELITA		
Edad: 21 Sexo: F () M (X)	Nacimiento: 02/06/1998 Estado Civil:	Lugar de Nacimiento: LIMA Religión: CATOLICA
Ocupación: OBRERO	Domicilio Actual: CALLE NICOLAS DE PIEROLA 119	Grado Instrucción: PRIMARIA
Departamento: LORETO	Provincia: MAYNAS	Localidad: PUNCHANA
Acompañante o responsable del paciente:		N° Telefonico:
Hora de atención: 19:40	Signos Vitales: P.A: 100/60 F.C: 84 F.R: 20 T°: 36.4	SatO2: 99 PRIORITY
Funciones Biológicas: Sed Sueño Orina Deposiciones Apetito	Peso:	
ANAMNESIS: Relato Cronológico: Paciente acudo refiriendo dolor tipo contractura, luego se volvió igual, luego pérdida de líquido luego síntomas paroxísimos de náuseas, para abortos fetales		
Antecedentes Patológicos: Alergias: niega Transfusiones Sanguíneas: niega	HTA () TBC () Asma B () D.M. () CONVULSIONES ()	Otros:
Medicamentos Habituales: niega	Antecedentes Quirúrgicos: niega	Menarquia:
Antecedentes Gineco-Obstétrico: F.U.R.: GP: Menarquia: M.A.C.: P.A.P.:	E. Glasgow: 15/15	
EXAMEN FISICO: Paciente en DREB, REN, REF y pel elastica hidratada, no palpable, no ictericia fe. mur (r) en SOP, no ruidos agregados D.C.E.R. mo splen Abd: AU = 31 TU: D = 3cm SOP: 110-132 I = 85% TP + DP = -3 2/210/114 RD = 7 PG		
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS: 1. Sanguinipatia reactiva 355 rdx Ecot 2. RUP pretermico 3. Paracetamol 4.		C.I.E.-10 1 2 3 4
PLAN DE TRABAJO	Tratamiento: Rehidratación con orales	Exámenes Auxiliares: Hemograma, Cef, NST
	Interconsultas: Médico Asistente que Atiende al paciente	
		Firma y Sello

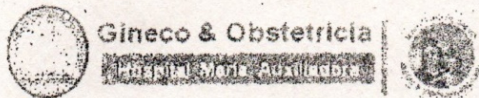
ANEXO 3: HISTORIA CLÍNICA

Fecha:		HISTORIA CLÍNICA 1893176	
21/10/20	20:15 pm	1. NOMBRE Y APELLIDOS:	Huanasqui Manuyana Camolinetta
		2. EDAD:	21 años
		3. LUGAR DE NACIMIENTO:	Iquitos - Perú
		4. LUGAR DE RESIDENCIA:	SJM-Uma
		5. ESTADO DE INSTRUCCIÓN:	Secundaria completa
		6. OCUPACIÓN:	Ama de casa
		7. DNI:	71266431
		8. RELIGIÓN:	católica
		9. ESTADO CIVIL:	conviviente
		10. SEXO:	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:			
<p>Paciente refiere dolor tipo contracción, negra pedice de sangre y/o líquido. En la evaluación se evidencia caída de frecuencia cardíaca. fetal por lo que se hospitaliza</p>			
HISTORIA DE LOS SISTEMAS:			
APETITO:	disminuido	SED:	disminuida
DIARREA:	aumentada	DEFECACIONES:	consolidadas
HISTORIA DE LA VIDA:			
BOBACONARIOS:			
TIPO DE VIVIENDA:	cuarto		
Nº DE HABITANTES:	3		
Nº DE HABITACIONES:	1		
SERVICIOS BÁSICOS:	agua, luz, desague		
CRANEA DE ANIMALES:	= nada		

Fecha - Hora	2. PATOLOGICOS			
HTA	RAMOS	TBC	ASMA	
29.01.20	OTR. CXH	HIST. PREVIAS		TRANSIT
4:20:3	3. GINECO-OBSTETRICOS			
	Menarquia:	11 años	FUR: 21/05/19	2° 0010
	RC:	4 / 30 días	PPP: 28/02/20	
IN	RC:	16 años	3655 x FUR	
Sociedad	RC:	02		
	LMC:	ninguno		
	PAP:	ninguno		
	4. FAMILIARES			
	- - - - -			
VITALIS	V. MEXICANO PERICO			
65	PIE:	T.H.E., U.C.C.Z.H. edemas (-)		
78'	T.P:	MU. PASA EN ACP. NO RA		
130/100	CV:	RCR de BI. NO SOBRES		
T: 37.6°C	ABD:	Utero Gravid.		
Sat 97	Al:	31	LC: 110-130 x l	SP: LC
	GL:	2/10 (11/2011)	++	
	SE:	NO SV, NO PEDIADA CA		
	SV:	PR (-)		
	TACTO VAGINAL:			
	D:	3cm.	AP: -03	BS: /
	SP:	LOTOP EG 15/15		
	VI. IMPRESION CLINICA:			
	① Secundigesta multipara 3655 x FUR			
	② FAUP			
	③ SFAX Bredicardina			
	Fet. 0			
	VI. PLAN			
	Plan Je Programo			
	Para CSTP de			
	ENG.			

Bienka Correa Ruiz
 H.M. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 C.M.P. 8024

ANEXO 4: HOJA DE TEST DE FISHER



**UNIDAD DE MONITOREO MATERNO FETAL
CENTRO OBSTETRICO**

Apellidos y Nombres: Huanaguiri Nanuyama, Candy HC: 189.3176

Edad: 21a G.2 P.0010 FUR: 21.05.19 EG x ECO: 35 AU: cms

Tiempo de ayuno: 760 min. Medicación previa: ninguna

Indicaciones:

- 1 Bienestar fetal 4 RPM 7 RCIU
- 2 Pre eclampsia leve...Severa... 5 Mov Disminuidos 8 Distocia Funicular
- 3 Insuficiencia Placentaria 6 Embarazo Prolongado 9 Otros:.....

Datos del tiempo de monitoreo: Total: 30' Inicio: 19.34 Término: 20.04

Exámenes realizados:

CST:..... <input type="checkbox"/>	Sensibilidad uterina <input checked="" type="checkbox"/>	NST..... <input type="checkbox"/>	E Posseiro: <input type="checkbox"/>
• Oxitocina..... <input type="checkbox"/>mU Oxitocina		S de la VCI: <input type="checkbox"/>
• Estimulo mamario <input type="checkbox"/>	CU en 10 min.....	Primera vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>
Primera vez <input type="checkbox"/>	Control <input type="checkbox"/>		

TEST DE FISHER

Parámetros Observados	Puntaje			
	0	1	2	
1.- Línea de base	< 100 ó > 180	100-119 ó 161-180	120-160 <u>150</u>	<u>2</u>
2.- Variabilidad	< 5 < 3	5-9 ó > 25 3-6	10-25 > 6 <u>8</u>	<u>1</u>
3.- Aceleraciones /30 min.	0	Periódicas ó 1-1 esporádicas	> 5 <u>0</u>	<u>0</u>
4.- Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP II > 60%	DIP II < 40% Variables < 40%	Ausentes <u>760%</u>	<u>0</u>
5.- Actividad fetal mov./fetal	0	1-4	> 5 <u>0</u>	<u>0</u>
Puntaje total				<u>8/10</u>

Valores de Puntuación de Fisher			
Puntuación	Estado Fetal	Pronóstico	Enfoque Clínico
8 - 10	Fisiológico	Favorable	Ninguno
5 - 7	Dudoso	Criterio profesional	Oct *
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario

* Prueba de inducción con oxitocina

Conclusiones: T.S. Negativo Positivo Reactivo No Reactivo Insatisfactorio Sospechoso

T.N.S. Activo Hipocactivo Reactivo No Reactivo Dudoso

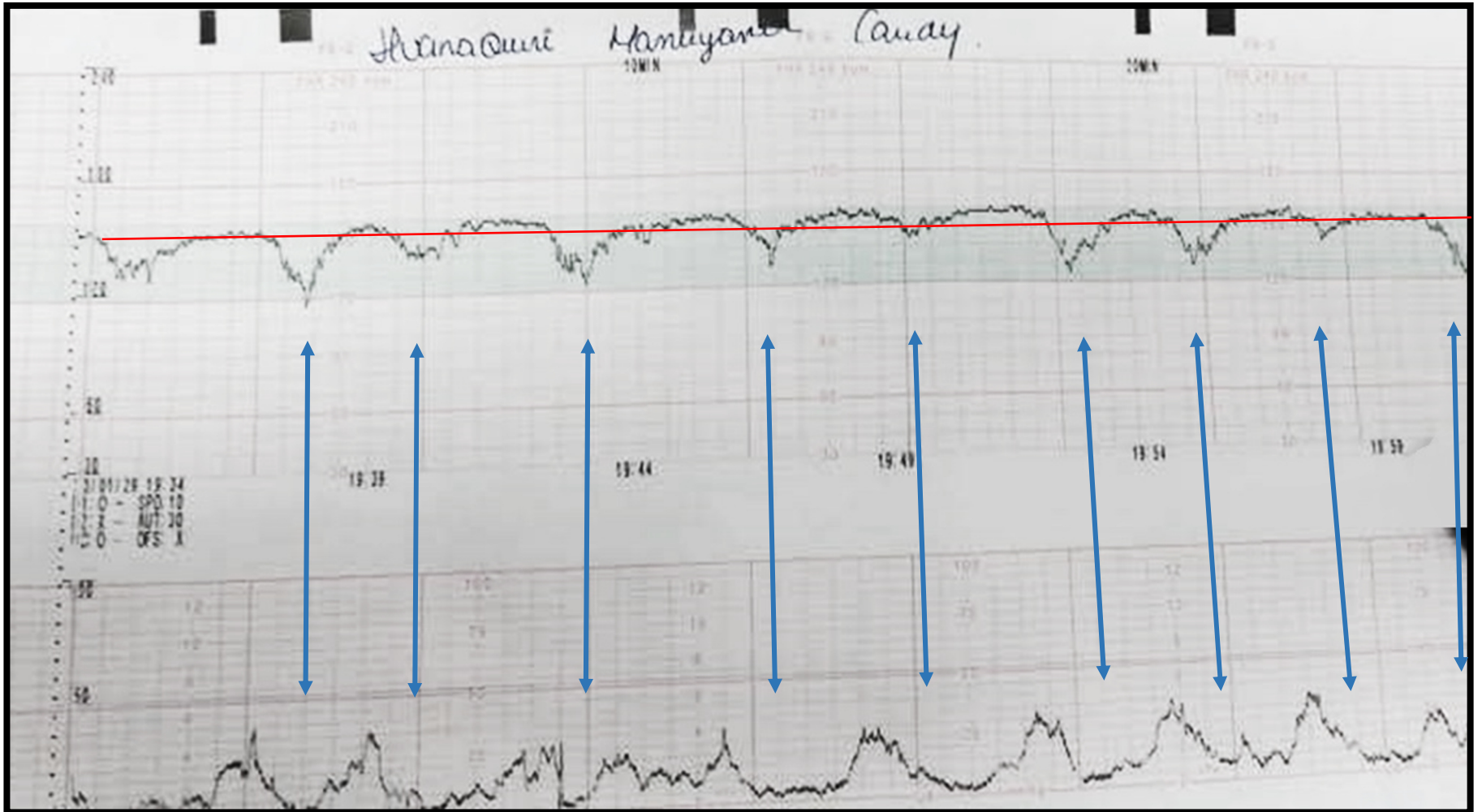
Observaciones: Para a emergencia por DIP II
de infirma a PR1 Correa

Fecha: 29.01.2020

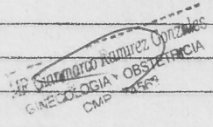
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Obstetra
DALILA ISABEL GONZÁLEZ COSSIO
C.R.P. 26925
Obstetra

Médico

ANEXO 5: TRAZADO CARDIOTOCOGRÁFICO



ANEXO 6: REPORTE OPERATORIO

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA						
Operación Realizada: <u>OTP + DTS de Heyman</u>						
Diagnóstico Pre Operatorio: <u>Coet. 35 ss / PUP / SFA, Gravidia fetal</u>						
Diagnóstico Post Operatorio: <u>Superficie postcedura + SFA + A toiv utero</u>						
Cirujano: <u>Mtz. Ramiro</u>			1° Asistente: <u>Dra. Bruno</u>			
2° Asistente: <u>JM Chaves</u>			Instrumentista: <u>Lic. Clara</u>			
Anestesiólogo: <u>Dr. Castillo</u>			Asistente: <u>-</u>			
T. Anestesia	T. Operatorio	52 min	Cta Gasas	Sangrado	Reemplazo	Pieza Operatoria (si) (No)
<u>Regional</u>	Inicio 21:03	Término 22	<u>Completo 600</u>	<u>No</u>	<u>No</u>	<u>(No)</u>
Complicaciones: <u>Adonía utero - Hallazgos: Nuevo leon de 6-8-11: 21:11</u> <u>85:1</u> <u>LA meorial es pesada resulta indol</u> <u>cu + boca 2A/W.</u> <u>Placenta fundida normal de</u> <u>uter y que el desl</u> <u>3 plg. de se no responde</u> <u>a oxitocina</u>						
Procedimiento:						
1) <u>DTS de Heyman</u>						
2) <u>AA</u>						
3) <u>Examen vaginal con sonda W.I.V</u>						
4) <u>CCP</u>						
5) <u>Choque tipo puerperal</u>						
6) <u>Apertura de pared por pliegue hasta cavidad.</u>						
7) <u>Visión de la vagina según técnica de Heyman</u>						
8) <u>Exposición del PU en abdomen</u>						
9) <u>Alumbrao de la vagina con espejo manual</u>						
10) <u>Aplicación de la sonda en 2 pliegues</u>						
11) <u>Retiro de Heyman</u>						
12) <u>Revisión de la hemostasia</u>						
13) <u>Cierre de pared por pliegue hasta piel (Foto de la cavidad con W.I.V)</u>						
14) <u>AA a retiro de sonda</u>						
Observaciones: <u>El colocó Mifeprestel 800 mg de postop</u>						
Fecha: <u>29/01/120</u>			 <u>Dra. Bruno</u> Sello y Firma Cirujano			
Hora: <u>21:54</u>						
APELLIDOS y Nombres: <u>Leonorani Manzanera Caceres</u>			HC <u>189 3176</u>			
Departamento: <u>GO</u>			Servicio: <u>GO</u>		Cama: <u>303</u>	
15		INFORME OPERATORIO				

ANEXO 7: AUTORIZACIÓN

	Ministerio de Salud	Aseguramiento en Salud	María Auxiliadora
--	---------------------	------------------------	-------------------

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CONSTANCIA

El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en la Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TRABAJO ACADÉMICO**, Versión del **29 de setiembre del presente**; **Titulado: "RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL EN GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA SAN JUAN DE MIRAFLORES - 2020"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/036/2021**, presentado por la Investigadora Principal: **Maritza MEDINA TOLENTINO**; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **29 de noviembre del 2022**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, **29 de Noviembre de 2021**.

Atentamente,

M.C. Alberto Emilio Tolesal Francis
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Hospital María Auxiliadora

AEZF/mags.
c.c. Investigadora Principal.
c.c. Archivo.

BICENTENARIO PERÚ 2021

www.hma.gob.pe

Av. Miguel Iglesias N° 968
San Juan de Miraflores
T: (511) 217 1818 (3112)
oadi@hma.gob.pe

Trabajo_Academico_Medina_1_2.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%	8%	1%	1%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
8	1library.co Fuente de Internet	1%
9	dokumen.site Fuente de Internet	