



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL

Tesis

Relación entre el test no estresante y Apgar neonatal en recién nacidos
atendidos en Hospital Coracora, 2024

Para optar el Título de
Especialista en Monitoreo Fetal

Presentado por:

Autora: Santivañez Gamarra, Rosavel Francisca

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1101-9741>

Asesora: Dra. García Puicon, Lady Yanina

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0578-7397>

Lima – Perú

2025

	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Rosavel Francisca, Santivañez Gamarra egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **RELACIÓN ENTRE EL TEST NO ESTRESANTE Y APGAR NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN HOSPITAL CORACORA, 2024.**

Asesorado por el docente: GARCÍA PUICÓN LADY YANINA, DNI 16676637, ORCID 0000-0002-0578-7397, tiene un índice de similitud de **9 (nueve) %** con código oid:14912:464943617 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

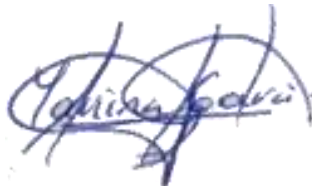
Así mismo:

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 de autor 1
Nombres y apellidos del Egresado
Rosavel F. Santivañez Gamarra
DNI:40245217

.....
Firma de autor 2
Nombres y apellidos del Egresado
DNI:



Firma
Lady Yanina García Puicón
Asesor
DNI: 16676637

Lima, 09 de Junio de 2025

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Objetivos de la investigación	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación	7
1.4.1 Justificación teórica	7
1.4.2 Justificación práctica	7
1.4.3 Justificación metodológica	8
2.1. Antecedentes	9
2.1.1. Antecedentes internacionales	9
2.1.2 Antecedentes nacionales	10
2.3.1 Ha.	13
2.3.2 Ho.	13
CAPITULO III:	14
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	14
3.1. Método de la investigación	14
3.5.1. Población	15
3.5.2. Muestra	15
3.5.3. Criterios de inclusión	15
3.6. Variable y operacionalización	15
3.3.1. Variable 1	15
3.3.2. Variable 2	15
3.7.3. Validación	21
3.7.4. Confiabilidad	21
ANEXO I	31
Matriz de consistencia	31
Bibliografía	40

DEDICATORIA

Al eterno Dios todo poderoso, que hace posible mi diario caminar; a mis amados padres, que con su esfuerzo y dedicación me enseñaron la razón de mi existir; aquellas personas que marcan la diferencia y forman parte de mi historia de vida, cuyos recuerdos serán inolvidables para cada paso de mi vida profesional.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente al ser espiritual e invisible que día a día a pesar de las difíciles pruebas a las que nos somete, nos protege, ayuda, y guía por el buen camino para ser mejores individuos. A mis padres y hermanos que siempre han sido la motivación principal, que me apoya incondicionalmente y me da la confianza para seguir adelante en cada jornada de mi vida que de alguna u otra manera contribuyeron a este legado.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el riesgo de muerte del niño es mucho mayor durante el período neonatal en las primeras 24 horas de vida (40%), siendo la mayoría de casos por sufrimiento fetal durante el parto (9%), los cuales pudieron ser diagnosticados en un 60% durante la etapa de ante parto, a través del uso de las tecnologías perinatales ⁽¹⁾.

Cada año, aproximadamente 2,7 millones de neonatos mueren previo a cumplir 28 días; además, cerca de 2,6 millones de niños nacen sin vida. Aunque las cifras son alarmantes, lo cierto es que, en su mayoría, tanto la mortinatalidad como la mortalidad neonatal podrían evitarse con una atención médica adecuada, sobre todo durante el embarazo y el momento del parto. Lo preocupante es que, en casi todos estos casos, no se emiten certificados que corresponden, ni de nacimiento ni de defunción; por tanto, el sistema de salud no los tiene registrados, tampoco los notifica, mucho menos realiza una investigación. Como resultado de ello, los países no suelen saber el número de muertes o sus causas y no pueden adoptar las medidas eficaces y oportunas necesarias para evitar la muerte de otros niños y madres ⁽²⁾.

La tasa de mortinatos muestra una gran disparidad geográfica, en 2019 variaron ampliamente entre regiones, desde 22,8 muertes fetales (19,8-27,7) por 1.000 nacimientos totales en África occidental y central hasta 2,9 (2,7-3,0) en Europa occidental reflejando la profunda diferencia de desarrollo y calidad de acceso en salud materno-fetal y planificación familiar que existe según el grado de desarrollo de las diversas naciones. Es así como tres cuartas partes de los mortinatos a nivel mundial se producen solo en las regiones de África subsahariana y el sur de Asia ⁽³⁾.

En Argentina, durante el año 2021, se registraron 2.160 muertes en la primera semana de vida. Esto equivale a que, por cada 1.000 nacimientos con vida, alrededor de 6 recién nacidos fallecen antes de cumplir el mes; de ellos, aproximadamente 4 mueren durante los primeros siete días. A las gestantes, en gran parte de estas situaciones, se les mantiene en internación en la maternidad al momento del fallecimiento. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal

causan el 71% de las defunciones producidas en la primera semana de vida y el 68% del total de muertes, durante el primer mes, son por prematuridad y el bajo peso al nacer ⁽⁴⁾.

En las semanas de epidemiología, el Centro de Vigilancia Epidemiológica peruano informó que, entre la semana 1 y 45 del 2023, se contabilizaron 75 casos de muerte fetal y neonatal. De ese total, el 59 % fue de muertes fetales y el 31 % de muertes neonatales. Esto implica que, por cada fallecimiento neonatal, se registraron aproximadamente 2,3 muertes fetales. Al contrastar las 52 muertes fetales reportadas hasta la semana epidemiológica 45 del 2023 con las muertes fetales reportadas durante los mismos períodos del 2022, se observa un incremento del 3% ⁽⁵⁾

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación hay entre el test no estresante y el Apgar neonatal en neonatos atendidos en Hospital de Apoyo Coracora, 2024?

1.2.2. Problema Específico

- ¿Qué características presenta el test no estresante en las gestantes?
- ¿Qué resultados se obtienen del Apgar neonatal en los recién nacidos?
- ¿Qué características obstétricas presentan las gestantes?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el test no estresante y el Apgar neonatal en neonatos del Hospital Coracora, enero a octubre del 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los resultados del test no estresante en las gestantes.

- Identificar los resultados del Apgar neonatal en los recién nacidos.

- Identificar las características obstétricas de las gestantes.

1.4. Justificación

1.4.1 Justificación teórica

El estudio aspira a tener nuevas nociones acerca de la descripción, análisis y utilidad del NST, lo cual es un aspecto muy importante ya que los hallazgos encontrados favorecerán a la ampliación del conocimiento teórico en el área de la salud y brindarán una base sólida para estudios del futuro. Los hallazgos obtenidos a través de estas pruebas, siempre que se acompañen de una interpretación adecuada, pueden actuar como un método predictivo eficaz para la detección de sufrimiento fetal.

1.4.2 Justificación práctica

Los resultados facilitaron una comprensión más profunda del problema, lo que podría tener implicancias relevantes para el diseño de futuras investigaciones y el planteamiento de políticas.

La evaluación permitió determinar si esta prueba resulta idónea y óptima para valorar el bienestar materno-fetal. Al mismo tiempo, ofreció un diagnóstico situacional respecto al modo en que se interpretan las pruebas, concluyendo de este modo, que los centros de

salud tienen un protocolo estándar para leer los informes cardiotocográficos.

1.4.3 Justificación metodológica

La metodología utilizada, consistió en utilizar un instrumento de medición que permitió la formulación de evidencias sólidas que sirven como insumo del desarrollo de intervenciones para evitar la hipoxia fetal y la muerte neonatal, sembrando las bases para estudios del futuro.

1.5 Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

Realizada en el 2024, de enero a octubre.

1.5.2 Espacial

Se encuentra en el distrito de Coracora (capital de la provincia de Parinacochas) que se sitúa en el departamento de Ayacucho, en el sur del Perú. A una altitud de aproximadamente 3,175 metros sobre el nivel del mar, en la región ecológica quechua, situada a unos 650 kilómetros al sureste de Lima.

1.5.3 Población

La población se conformó de 100 embarazadas quienes dieron a luz en el Hospital de Apoyo de Coracora, durante enero a octubre del año 2024.

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Mucuk S, en su estudio realizado en 2021 en Turquía, presentó el objetivo de realizar el análisis de la postura materna sobre la NST, así como la satisfacción de estas acerca del procedimiento. La población estudiada estuvo compuesta por 275 gestantes. Obteniendo como resultado del NST 70% fueron reactivos, 20% insatisfactorios y 10% no reactivo, concluyendo que el test de Apgar, guarda relación con el resultado del Apgar ⁽⁷⁾.

Ríos A, en su investigación, tuvo como objetivo analizar los monitoreos fetales no estresante Nicaragua 2020, tuvo una población de 34 gestantes, obteniendo como resultado que el 50% fueron primigesta, sin factores de riesgo el 70%, 5% presentan NICHD tipo II y el 29.4% tipo III, el 73% líquido amniótico fue claro, 91% sin circular de cordón y el 100% tuvieron Apgar 8/9, se concluye que no hay relación entre el resultado de monitoreo no estresante patológico con el resultado obtenido en el neonato el pronóstico fue satisfactorio según el Apgar ⁽⁸⁾

Anozar MF, en su investigación, tuvo como finalidad, evaluar el método diagnóstico y clasificar los patrones de monitorización fetal según las 3 categorías de la ACOG, 2019, Uruguay. Se basó en el estudio observacional retrospectivo, para lo cual evaluó a una población de 171 pacientes sometidas a cesárea debido a la sospecha de hipoxia fetal. Se halló que muchos de los casos se ubicaron en la categoría II (72,5%), 5,3% se ubican la categoría I y por último, en la categoría III el 8,8%. Al respecto de los hallazgos feto-neonatales, el 90% de los recién nacidos presentó vigor al primer minuto, el 59% mostró gasometría normal, y con acidosis severa el 3,5%. En cuando a la categoría II según la ACOG, 70% presentó gasometría de cordón normal y 93,5% vigor al primer minuto, sin que se registren depresiones severas. Dentro de la categoría III el

66% tuvo APGAR normal al minuto, 26% depresión moderada y 6% depresión severa; presentando 60% de los casos acidosis, así mismo, se concluyó que existe relación significativa con el test no estresante y el Apgar ⁽⁹⁾.

Kuello K. en su investigación, tuvo como objetivo determinar la relación entre el compromiso del bienestar fetal frente al Apgar del recién nacido Guayaquil 2019, con una población de 148 gestantes se encontró el 45% con casos de preeclampsia, el 40% los fetos presentaron taquicardia, el 69% tuvieron Apgar entre 8 y 9, el 18% tuvieron Apgar menor a 6, se concluye que si tiene relación entre el bienestar fetal y el Apgar del recién nacido. ⁽¹¹⁾

Altamirano K. en su estudio dispuso como objetivo valorar la efectividad de la monitorización fetal mediante el NST en relación con el pronóstico de riesgo de pérdida de bienestar del feto en gestaciones a término, realizado en Nicaragua, en 2019, en el Hospital Velez Paiz. Con una población de 135 gestantes se encontró que el 50% tenía de 18 a 27 años, el nivel de estudios del 54.8% era secundaria, y el 94.1% residía en zonas urbanas. Además, el 71.1% eran nulíparas. En cuanto a los resultados del NST, el 28% presentó variabilidad mínima, en cuanto a la taquicardia fetal en encontró en el 23% de los casos, 7.4% presentó desaceleraciones con lenta recuperación, y el 11% evidenció circular de cordón. No cumplieron con las exigencias que establecía la ACOG un 10.4%. Se concluyó que no existe una asociación significativa entre el índice de Apgar, la presencia de circular de cordón y el cumplimiento de los criterios ACOG ⁽¹²⁾

2.1.2 Nacionales

Aguilar F. Merino Z. En su estudio tuvieron como objetivo establecer las relaciones entre el NST y el Apgar neonatal en el Hospital Apoyo Sullana 2021, su población está conformada de 86 embarazadas, emplearon la ficha de registro como instrumento y consiguieron saber que el 86% era reactivo, 10.5% dudosos y 3.5% no reactivo. Por otro lado, el 88.4% presentó Apgar normal, con depresión moderada el 8.1 y depresión severa el 3.5%. Concluyeron que existe relación entre el test no estresante y Apgar neonatal. ⁽¹³⁾

Barreto et al, en su estudio presentaron el objetivo de establecer la conexión existente entre NST, perfil biofísico fetal, CST y reactivos, de fetos que se encuentran a término, además tienen Insuficiencia Placentaria y Apgar en Lima, 2021. Su población conformada por 315 gestantes, utilizaron como instrumento la ficha de recolección de datos y obteniendo como resultado del NST 90.2%, fue reactivo y el 24% tuvo puntaje de Apgar al minuto de 7 a 8; 9.8% fue no reactivo y el 65% tuvo puntaje menor a 7, por lo tanto, existe relación ⁽¹⁶⁾.

Alcedo M planteó establecer la conexión entre NST y la puntuación APGAR del neonato en Huánuco, 2021. Su población fue de 70 gestantes, utilizó la ficha de recolección de datos y obteniendo como resultado del test no estresante; que el 71.43% presentaron feto activo reactivo, el 24.29% feto activo no reactivo y el 4.29% patológico; Apgar al minuto; el 71.43% presentaron Apgar normal concluyendo que existe relación ⁽¹⁵⁾.

Cahua D planteó el objetivo de establecer la asociación entre monitorización fetal del NST y resultados relacionados al periodo perinatal, 2020, Ica. Su población fue de 204 gestantes, utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos y obteniendo como resultado en el NST reactivo se observó Apgar al minuto de 7 a 10 un 92.3%, Apgar de 4 a 6 con 7.1%, en resultado no reactivo el 63.3% presentó Apgar de 4 a 6 y el 36.4% con Apgar de 7 a 10, concluyendo que existe relación significativa ⁽¹⁴⁾.

Aguirre G formuló como objetivo, el esclarecer la conexión entre la Prueba Estresante y NST con el Apgar del neonato, 2019, Junín. Su población fue de 24 gestantes utilizó como instrumento ficha de recolección de datos obteniendo como resultado el 91.7% reactivo y el 7.3% no reactivo, en el test de Apgar de 8 a 10 el 87.5% y menor a 7 el 12.5% por lo tanto existe relación ⁽¹⁷⁾.

2.2.- Bases teóricas:

- a. Monitoreo fetal electrónico (MFE): registra las variaciones en la frecuencia cardíaca que tiene el bebé durante las contracciones. Puede ser útil para predecir si el feto tiene la capacidad de soportar el estrés

de la labor de parto ⁽¹⁸⁾.

- b. NST: se emplea para valorar el bienestar fetal cuando han pasado las 30 semanas de gestación y previo a comenzar el trabajo de parto. Se trata de una herramienta de gran importancia para la vigilancia anteparto, que no es invasiva ⁽¹⁹⁾.
- c. Frecuencia cardiaca fetal: este valor ronda entre 110 y 160 latidos por minuto, y tiene una variabilidad de cinco a 25 latidos. Este valor puede experimentar cambios debido a como el feto experimente las condiciones en el útero ⁽²²⁾.
- d. Variabilidad: irregulares fluctuaciones en la línea base de la FCF, en amplitud, así como en frecuencia. A palabras de Fisher, dichas fluctuaciones se clasifican en normales (10 a 25 lpm), saltatorias o marcadas (>25), angostas (6 a 10), o ominosas/silentes ⁽²²⁾.
- e. Aceleración: son incrementos transitorios en la FCF. En cambio, si la variabilidad en la frecuencia de los latidos se pierde por completo, sugiere que el feto no responde. Las aceleraciones señalan que el feto recibe buena oxigenación y confirman que es capaz de responder a estímulos ⁽²³⁾.
- f. Desaceleración: Se refiere a la aminoración de la frecuencia de los latidos cardiacos fetales, igual o superior a 15 lpm que dura 15 segundos a más ⁽²³⁾.
- g. Movimiento fetal: son únicos o múltiples y se dividen en varios movimientos cortos, cada uno de 10 segundos aproximadamente ⁽²⁸⁾.
- h. Actividad uterina: puede evaluarse mediante la observación materna y la palpación del fondo uterino sobre el abdomen o mediante técnicas como la tocodinometría externa y la medición de la presión en la cavidad uterina, ya sea por manometría endoluminal o mediante transductores de presión ⁽²⁹⁾.
- i. Test de Apgar: método rápido que se emplea para valorar la situación del recién nacido de forma inmediata tras el nacimiento, así como en

maniobras de reanimación ⁽²⁹⁾.

2.3 HIPOTESIS

2.3.1 Ha.

Se da relación entre el test no estresante y el Apgar del neonato en gestantes del Hospital de apoyo Coracora, año 2024.

2.3.2 Ho.

No se da relación entre el test no estresante y el Apgar neonato en gestantes del Hospital de apoyo Coracora, 2024.

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Método de la investigación

La presente tesis tuvo como método inductivo (34)

3.2. Enfoque de la investigación

Se emplea el enfoque cuantitativo en la presente investigación.

El enfoque cuantitativo, consiste en plantear de manera concreta el problema que se pretende resolver, para ello partimos de las preguntas de investigación, que no son otra cosa que los cuestionamientos que nos hacemos y que pretendemos resolver con los hallazgos de la indagación que se ha de desarrollar (34).

3.3 Tipo de investigación

De acuerdo con el nivel de intervención del investigador, se trató de una investigación observacional, dado que no fue manipulada ninguna variable

En alusión al momento en que ocurren los eventos, se consideró de tipo retrospectivo dado que los datos se consiguieron a partir de hechos ocurridos anteriormente.

3.4 Diseño de la investigación

El enfoque cuantitativo es la base de esta investigación.

El enfoque cuantitativo, consiste en plantear de manera concreta el problema que se pretende resolver, para ello partimos de las preguntas de investigación, que no son otra cosa que los cuestionamientos que nos hacemos y que pretendemos resolver con los hallazgos de la indagación que se ha de desarrollar (34).

La investigación emplea el tipo analítico, observacional, así mismo el corte transversal.

Analítico: reúne las condiciones apropiadas para evaluar hipótesis y explorar las causas de los fenómenos de salud y enfermedad con base a la actitud del investigador. (34)

Observacional: Corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. en un periodo de tiempo. ⁽³⁴⁾.

Transversal: Analiza datos de variables recopiladas una sola vez ⁽³⁵⁾.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Se consideraron 100 gestantes para la población, quienes dieron a luz en el Hospital de Apoyo de Coracora, de enero a octubre del año 2024.

3.5.2. Muestra

La muestra fue escogida mediante el muestro no probabilístico de tipo censal o por conveniencia y como la población fue pequeña se trabajó con las 100 gestantes.

3.5.3. Criterios de inclusión

- Embarazadas que presentaban prescripción médica para la realización del NST.
- Gestantes con 37 semanas de embarazo o más para evaluar el grado de bienestar fetal antes que inicie el parto.
- Gestantes con único embarazo.

3.5.4. Criterios de exclusión

- Historia clínica incompleta, ilegible o inaccesible.
- Neonatos que presenten malformaciones congénitas.
- Embarazadas que presentaban un periodo de ayuno por 2 horas o más.

3.6. Variable y operacionalización

3.3.1. Variable 1

Test no estresante: se define como el continuo monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto a través de un tacógrafo cardiaco externo, sin la presencia de actividad regular del útero. ⁽¹⁸⁾.

3.3.2. Variable 2

Puntaje de Apgar: Es un método de evaluación de la adaptación y

vitalidad del recién nacido tras el nacimiento ⁽²⁸⁾.

Operacionalización

Variable	Def. conceptual	Def. operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Niveles y rangos	Instrumento
V1 TEST NO ESTRESANTE	Permite realizar monitoreo fetal no invasivo que mide la FCF en respuesta al movimiento fetal. Es segura y sin dolor que se realiza en la gestación	El test no estresante medirá según los puntajeá de Fisher Reactivo cuando observamos que RN es normal, Patológico o sospechoso en estos casos se solicitara otro examen o volver a realizar el examen dentro de 6 horas, y No reactivo se solicita otro examen que nos ayude a descartar lo sospechado o cesárea inmediata.	Test no estresante	Reactivo Patológico o dudoso No reactivo	ORDINAL	8 a 10 5 a 7 0 a 4	Ficha de Recolección de datos.

<p>V2 APGAR NEONATAL</p>	<p>Evaluación rápida de cómo se encuentra el neonato, tiene lugar al 1' y también a los 5' luego del trabajo de parto, sirve para determinar si el bb necesita atención medica inmediato o ayuda respiratoria o cardiaca</p>	<p>Se medirá cinco parámetros: Respiración. Frecuencia cardiaca. Color de la piel. Tono muscular. Reflejos. Al minuto y a los 5 minutos y según los resultados podemos identificar el estado del RN.</p>	<p>APGAR</p>	<p>Al 1': - Normal - Depresión leve - Depresión severa A los 5': - Depresión leve - Depresión severa - Normal</p>	<p>ORDINAL</p>	<p>0 a 3 4 a 6 7 a 10 0 a 3 4 a 6 7 a 10</p>	
<p>VARIABLE INTERVINIENTE</p>	<p>Son características de la población o gestantes que</p>	<p>Las características socio demográficas de las gestantes nos ayudaran a</p>		<p>Edad materna</p>		<p>10 a 19 20 a 34 35 o superior</p>	

<p>CARACTERIS TICAS</p>	<p>se relacionan con aspectos sociales y demográficos.</p>	<p>identificar algunos riesgos que pueden predisponer a la gestante lo cual mediremos los aspectos personales, físicos, sociales. Geográficos...etc</p>	<p>Obstétricas</p>	<p>Edad gestacional</p> <p>Patologías Obstétricas</p> <p>Culminación de parto.</p>	<p>ORDINAL</p>	<p>Inferior a 37 ss = 37 a 41 ss =2 42ss o superior=3</p> <p>a.- embarazo prolongado: 1. b.- RPM: 2. c.- oligohidramios: 3. d.- diabetes: 4. e.- hipertensión: 5. f.- cardiopatía: 6. g.- antecedentes de óbito: 7. h.- ninguno: 8. i.- otros: 9</p> <p>a.- parto vaginal = 1.</p>	
-----------------------------	--	---	--------------------	--	----------------	--	--

						b.-parto x cesara = 2.
			Sociodemográficas	Grado de instrucción		a.-sin estudios (1) b.-primaria:2 c.-secundaria:3 d.-Sup Téc:4 e.- Sup.Univ:5
				Procedencia		A.- Urbana: 1 b.-Rural: 2
				Estado civil		a.-soltera:1 b.- casada:2 c.-conviviente:3

3.7. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La técnica que se aprovechó para recoger datos es el análisis documental, que favoreció reunir información acerca de las historias clínicas maternal perinatal, de enero a octubre del 2024 y que hayan recibido MFE.

3.7.2 Descripción del instrumento

Se empleó como instrumento que facilitó la reunión de datos a la ficha de recolección de datos y se dividió en tres apartados. El primero tiene los datos demográficos de la gestante (edad, nivel de estudios, procedencia, estado civil, edad de gestación, patologías y culminación del parto,), la segunda con los datos del examen de monitoreo fetal electrónico (MFE) y el tercero es el test de Apgar. El instrumento se validó y ejecutó en investigaciones realizadas por Robles Sánchez (2023)

3.7.3. Validación

La validez hace referencia hasta qué punto un instrumento evalúa verdaderamente la variable que se desea evaluar y conlleva a conclusiones certeras. La validez de contenido fue revisada por tres especialistas en monitoreo materno fetal del Instituto Nacional Materno Perinatal (Lima), para lo cual se visitó en su centro de trabajo a los expertos para la validación, en donde se les entregó el instrumento, el cuadro de operacionalización de variables, la matriz de consistencia y en función de las observaciones se realizó las correcciones.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad evalúa la consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach.

En el presente estudio, al sustituir los valores numéricos en la fórmula, se consiguió un coeficiente de confiabilidad 0.90. Según la escala de Cronbach representa una magnitud muy alta. De este modo, se confirmó que el instrumento es válido y confiable, en consecuencia, puede aplicarse a la muestra del estudio. El alfa de Cronbach se emplea para evaluar la fiabilidad de una escala, ya que presenta el promedio de las correlaciones

entre los variables que la componen, el cual oscila entre 0 y 1, mientras más cercano esté a uno, los ítems serán más consistentes. No hubo inconvenientes para acceder a los datos.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El ingreso de datos fue llevado a cabo por un profesional con experiencia en estadísticas y análisis, empleando el SPSS. En suma, se evidenciarán los datos en tablas de frecuencias.

Para procesar y analizar los datos se empleó Word y Excel 2010; además Epidat 3.2 y SPSS 22.

3.9 Aspectos éticos.

Se elaboró una solicitud para conseguir que los altos mandos del Hospital de Apoyo Coracora, en Ayacucho dieran su permiso, lo cual fue autorizado para llevar a cabo la investigación en el área Gineco-Obstetricia. La aprobación de esta tesis por el Comité de Ética de la Universidad Norberth Winner también fue obtenida. Es importante destacar que la investigación se realizó respetando los principios de la bioética, así como los consensos y normativas internacionales para estudios en seres humanos. Además, se implementaron medidas para asegurar que los datos recogidos sean confidenciales, aprovechando fichas de recolección. La base de datos se gestionará exclusivamente por el asesor estadístico y el autor de la tesis, quienes se encargarán de controlar que los datos e información sean de calidad.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Tabla 1.- Hallazgos obtenidos en el test no estresante

Resultado	f	%
Reactivo	97	97
No reactivo	3	3
Patológico	0	0
Total	100	100

FUENTE: historias clínicas

La Tabla 1 muestra lo que se obtuvo del MFE mediante el NST, donde se observa que el 97 % de los casos presentó una respuesta reactiva, y el 3 % consiguió resultados no reactivos. Estos datos corresponden al Hospital de Apoyo Coracora en el año 2024.

Tabla 2.- Hallazgos obtenidos del Apgar neonatal en recién nacidos

Resultado	F	%
Apgar 1´		
Normal (7-10)	93	93
Depresión leve (4-6)	7	7
Depresión severa (0-3)	0	0
Total	100	100
Apgar 5´		
Normal (7-10)	100	100
Total	100	100

FUENTE: historias clínicas

La tabla 2 exhibe los hallazgos del Apgar neonatal, en donde, al primer minuto de nacimiento, el 93% obtuvo un valor normal y 7% tuvo depresión leve. Estos datos corresponden al Hospital de Apoyo Coracora, año 2024.

TABLA 3.- Características socio demográficas y obstétricas en gestantes

Características	F	%
Demográficas		
Edad		
10 – 19 años		
20 – 29 años	20	20.0
30_39 años	40	40.0
40 a más	36	36.0
Total	4	4.0
	100	100.0
Grado de instrucción		
Sin estudios		
Primaria	0	0.0
Secundaria	5	5.0
Superior técnico	50	50.0
Superior universitaria	26	26.0
Total	19	19.0
	100	100.0
Procedencia		
Rural		
Urbana	54	54.0
Total	46	46.0
	100	100.0
Estado civil		
Soltera		
Casada	18	18.0
Conviviente.	72	72.0
Total	10	10.0
	100	100.0
Características obstétricas		
Inferior a 37 ss		
37-41 ss	7	7.0
42 ss o superior.	92	92.0
Total	1	1.0
	100	100.0
Patologías presentadas		
Ninguno		
Otros	74	74.0
Total	26	26.0
	100	100.0
Culminación de parto		
Normal	78	78.0
Vía cesárea	22	22.0
Total	100	100.0

FUENTE: historias clínicas

La Tabla 3 exhibe que las edades del 40 % ronda de 20 a 29 años; el 50 % tenía nivel de instrucción secundaria, y el 54 % procedía de zonas rurales. Del mismo modo, en alusión al estado civil, el 72 % era casada. En cuanto a las características obstétricas, el 74 % no presentó patologías durante la gestación, el 78 % culminó su parto por vía vaginal y, en el 92 % de los casos, la gestación llegó a término.

TABLA 4.- NST y su relación con el Apgar neonatal

Apgar	Reactivo		No reactivo		P
	f	%	f	%	
1'					0.8
Normal (7 a 10)	90	92.8	3	9.3	
Depresión leve (4 a 6)	7	7.2	0	0	

FUENTE: historias clínicas

La tabla 4 exhibe que el NST no tiene relación con el Apgar 1' (p: 0.8).

CAPITULO V.

DISCUSIÓN

El estudio afirma la inexistencia de relación entre el NST y el Apgar neonatal ($p=0.8$). Se observó que, a pesar de un NST reactivo, nacieron con Apgar (4 a 6), lo que corresponde a depresión moderada de 7.2%, además un Apgar normal (7 a 10) equivalente al 92.8%, NST no reactivo el 9.3% Apgar normal, en el hospital apoyo corocora 2023 en comparación a otras trabajo de investigación a nivel nacionales Lima encontrando del NST 90.2%, fue reactivo y el 24% tuvo puntaje de Apgar al minuto de 7 a 8; 9.8% fue no reactivo y el 65% tuvo puntaje menor a 7⁽¹²⁾ en donde si existe relación, Huánuco el resultado del NST; que el 71.43% presentaron feto activo reactivo, el 24.29% feto activo no reactivo y el 4.29% patológico; Apgar al minuto; el 71.43% evidenciaron Apgar normal, concluyendo que existe relación⁽¹³⁾. En Ica el resultado de NST reactivo se observó Apgar al minuto de 7 a 10 un 92.3%, Apgar de 4 a 6 con 7.1%, en resultado no reactivo el 63.3% tuvo Apgar de 4 a 6 y el 36.4% con Apgar de 7 a 10, concluyendo que existe relación⁽¹⁴⁾. Así mismo en Junín, NST tuvo como resultado el 91.7% reactivo y el 7.3% no reactivo en el test de Apgar de 8 a 10 87.5% y menor a 7 es 12.5%⁽¹⁵⁾. En Huánuco, el resultado del Test No Estresante fue Activo reactivo 85%, hipo activo Reactivo 5% dudoso 10%, en el Test Apgar: Normal 85% y Depresión Severa 15%; concluyendo que no existe relación⁽¹⁶⁾. A nivel internacional se evidencia Turquía, obteniendo como resultado del test no estresante 70% fueron reactivos, 20% insatisfactorios y 10% no reactivo, concluyendo que el test de Apgar guarda relación con el resultado del Apgar⁽⁷⁾. En Ecuador se ha encontrado que del MFE reactivo, el 95,3% de los neonatos consiguió un puntaje de Apgar superior a 7, sin registrarse ningún caso inferior a 7. Al respecto del grupo con monitoreo no reactivo, el 4,6% de los bebés que recién nacieron presentó Apgar superior a 7 y al igual que el grupo anterior no se reportó valores inferiores a 7. Se concluyó que no existe relación entre el MFE y el Apgar al nacimiento de los neonatos a término⁽¹⁰⁾.

En estos estudios se observa que los resultados obtenidos en Huánuco son similares a los del presente trabajo. Sin embargo, en la región de Ica, el 63,3 % de los recién nacidos con un NST no reactivo presentó un puntaje de Apgar entre 4 y 6, lo que sugiere una posible asociación entre ambas variables. A nivel internacional, en el caso de Ecuador, tanto los NST reactivos como los no reactivos se vincularon con puntajes de Apgar superiores a 7

en todos los recién nacidos, lo que indica que, en ese contexto, no se evidenció conexión entre el resultado del NST y el Apgar neonatal.

- Los hallazgos del MFE, el NST evidencia que 97% es reactivo, y 3% no reactivo en comparación con otras investigaciones nacionales en donde Barreto et al, el NST 90.2% consiguió resultados reactivos, 9.8% fue no reactivo ⁽¹²⁾, en este estudio vemos que presenta casos patológicos Alcedo M, NST 71.43% presentaron activo reactivo, el 24.29%, activo no reactivo y el 4.29% patológico ⁽¹³⁾; en este estudio podemos ver que la incidencia del resultado no reactivo es alto, Cahua D, NST reactivo 92.3%, no reactivo el 63.3% ⁽¹⁴⁾. En el estudio de Gamarra Y. el NST activo reactivo 85%, hipo activo Reactivo 5% dudoso 10% ⁽¹⁶⁾. A escala mundial en Turquía. test no estresante 70% fueron reactivos, 20% insatisfactorios y 10% no reactivo ⁽⁷⁾, en Ecuador MFE reactivo, el 95,3% el NST no reactivo el 4,6% ⁽¹⁰⁾. Con relación al test no estresante que en las gestantes NST no reactivo, al comparar el con los estudios nacionales son porcentajes mayores, al estudio, Ica NST no reactivo 63.3% ⁽¹⁴⁾. Las otras investigaciones presentan porcentajes similares.

- Resultados del Apgar neonatal, se evidencia que 93% de bebés recién nacidos tuvieron Apgar 1 normal y 7% evidenció una depresión leve en el hospital de coracora 2024. En relación con otras investigaciones nacionales se puede ver en Lima que el 24% consiguió un puntaje de Apgar al minuto de 7 a 8; y el 65% tuvo puntaje inferior a 7 ⁽¹²⁾. En Huánuco al minuto de nacer, el 71.43% presentó Apgar normal y el 28.57% Apgar inferior a 7 ⁽¹³⁾. En Ica se observa que el Apgar al minuto de 7 a 10 un 92.3%, Apgar de 4 a 6 con 7.1% y el 63.3% presento Apgar de 4 a 6 y el 36.4% con Apgar de 7 a 10, en comparación en Junín el test de Apgar de 8 a 10 87.5% y menor a 7 es 12.5% ⁽¹⁵⁾. En Huánuco en el Test Apgar: Normal 85% y Depresión Severa 15%; En comparación de estudios internacionales encontramos en Uruguay el 66% tuvo APGAR normal al minuto, 26% depresión moderada y 6% depresión severa ⁽⁸⁾. En Ecuador el Apgar mayor a 7 y ningún neonato menor a 7, concluye que no existe relación entre el MFE y el Apgar al nacimiento de los neonatos a término ⁽¹⁰⁾.

Se observa que en Lima el 65 % de los recién nacidos presentó depresión moderada, mientras que en Ica esta condición se reportó en el 36,4 % de los casos. Estudios realizados en Huánuco y Junín muestran porcentajes similares. A nivel mundial, en Uruguay, el 26 %

de los recién nacidos presentó depresión moderada y el 6 % depresión severa. En contraste, en Ecuador no se registraron recién nacidos con puntajes de Apgar inferiores a 7.

- Al realizar el análisis de las características de las féminas embarazadas, se observa que gran parte de aquellas sometidas al NST tenían entre 20 y 29 años (40,0 %), aunque también se identificó un porcentaje considerable de gestantes añosas, con edad entre 30 y 39 (36%), y un 20 % correspondió a adolescentes. En cuanto al nivel educativo, predominó la educación secundaria (50,0 %), seguida por estudios técnicos superiores (26,0 %); un menor porcentaje tenía formación universitaria (19,0 %) o solo educación primaria (5,0 %). Respecto a la procedencia, el 54,0 % de las gestantes eran de zona rural, mientras que el 46,0 % provenía de zonas urbanas. En relación al estado civil, la mayoría presentaba una situación conyugal estable: el 72,0 % eran casadas y el 10,0 % convivientes; únicamente el 18,0 % se encontraba en condición de soltera. Al respecto de la edad de gestación, el 92,0 % de los embarazos llegaron a término, y solo el 7,0 % fueron pretérminos. En cuanto a las características del parto, la mayoría de las gestantes culminaron su embarazo mediante parto vaginal (78,0 %), mientras que el 22,0 % requirió cesárea.

CONCLUSIONES

1.- Se evidenció que el 93,0 % de los neonatos de gestantes con un test no estresante (NST) reactivo consiguió un puntaje de Apgar normal, entre 7 y 10, tanto al primer como al quinto minuto de vida. En contraste, el 7,0 % de los casos con NST no reactivo presentó Apgar al minuto correspondiente a depresión leve, pero alcanzó valores normales a los cinco minutos. Con un valor de $p = 0,8$, se llega a la conclusión de la inexistencia de relación entre los resultados del NST y la puntuación de Apgar.

2.- 97.0% presentaron un resultado reactivo o normal con el NST y 3.0% fue no reactivo.

3.- Al primer minuto de vida, en relación con el Apgar neonatal, el 93 % de los recién nacidos presentó un puntaje dentro del rango normal, mientras que el 7 % evidenció signos de depresión leve. No obstante, al quinto minuto, todos alcanzaron un Apgar dentro de los valores normales.

4.- La paridad, la vía de terminación del parto, así como la edad de gestación no muestran una relación con el NST.

RECOMENDACIONES

1.- Al Hospital la implementación de un servicio exclusivo para el MFE. Asimismo, se sugiere la adquisición de mayor equipamiento y la incorporación de personal obstetra capacitado y calificado, con el fin de garantizar de controlar, ejecutar el seguimiento y vigilancia pertinente a las pacientes que son beneficiados de dicho servicio.

2. Se recomienda al profesional de Obstetricia contar con formación adecuada en la ejecución, lectura e interpretación del NST, con el propósito de identificar si el feto está en condiciones de afrontar el estrés del trabajo de parto, así como del parto vaginal. Esta competencia contribuiría a reducir la tasa de cesáreas innecesarias y, a su vez, a disminuir la morbimortalidad fetal.

3. Al profesional de Obstetricia, debe dar a conocer a las gestantes la relevancia de ejecutar esta clase de exámenes que apoyan en la detección de algún compromiso fetal en el trabajo de parto y parto vaginal.

4.- A los estudiantes de pre grado, seguir investigando sobre el tema.

ANEXO I

Matriz de consistencia

Relación entre el test no estresante y Apgar neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital de Apoyo Coracora, 2023

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Tipo y diseño de investigación	Técnica e instrumento
General ¿Qué relación hay entre el test no estresante y el Apgar neonatal en neonatos atendidos en Hospital de Apoyo Coracora, 2024?	General Analizar la relación entre el test no estresante y el Apgar neonatal en neonatos atendidos en Hospital Coracora, 2024	Ho: No se da relación significativa entre el test no estresante y el Apgar neonatal en recién nacidos atendidos en Hospital Coracora, 2024.	Variable 1. Test no estresante	Enfoque cuantitativo. Diseño analítico, observacional y corte transversal. Población: Compuesta por 100 gestantes que acuden al Hospital de apoyo coracora 2024.	Técnica: análisis documentario. Instrumento: ficha de recolección de datos.
Específicos ¿Qué características presenta el test no estresante en las gestantes?	Específicos Identificar los resultados del test no estresante en las gestantes.	H1: Se da relación entre el test no estresante y el Apgar neonatal en recién nacidos atendidos en Hospital Coracora, 2024.	Variable 2. Apgar neonatal	Muestra:	

¿Qué resultados se obtienen del Apgar neonatal en los recién nacidos?	Identificar los resultados del Apgar neonatal en recién los nacidos atendidos.			está conformado por 100 gestantes, en donde se consideró como	
¿Qué características obstétricas presentan las gestantes?	Identificar las características socio demográficas y obstétricas en las gestantes.			muestreo al no probabilístico por conveniencia y por ser una población pequeña se trabajó con la totalidad.	

ANEXO II

Operacionalización

Variable	Def. conceptual	Def. operacional	Dimensión	Indicador	Escala	Niveles y rangos	Instrumento
V1 TEST NO ESTRESANTE	Es una prueba de monitorización fetal no invasiva que mide la FCF en respuesta al movimiento fetal. Es segura y sin dolor que se realiza en la gestación	El test no estresante medirá Reactivo cuando observamos que RN es normal, Patológico o sospechoso en estos casos se solicitara otro examen o volver a realizar el examen dentro de 6 horas, y No reactivo se solicita otro examen que nos ayude a descartar lo	Test no estresante	Reactivo Patológico o dudoso No reactivo	ORDINAL	8 a 10 5 a 7 0 a 4	Ficha de Recolección de datos.

		sospechado o cesárea inmediata.					
V2 APGAR NEONATAL	Es una evaluación rápida para saber cómo está el neonato luego del parto, tiene lugar al minuto y también a los cinco minutos de nacidos sirve para determinar si el bb necesita atención médica inmediato o ayuda respiratoria o cardiaca	El test de Apgar del RN medirá cinco parámetros al minuto y también a los 5 minutos y según los resultados podemos identificar el estado del RN clínicamente.	APGAR	Al 1': Normal Depresión leve Depresión severa A los 5' Depresión leve Depresión severa Normal	ORDINAL	0 a 3 4 a 6 8 a 10 0 a 3 4 a 6 7 a 10	

VARIABLE INTERVINIENTE CARACTERÍSTICAS	Son características de la población o gestantes que se relacionan con aspectos sociales y demográficos.	Las características socio demográficas de las gestantes nos ayudaran a identificar algunos riesgos que pueden predisponer a la gestante lo cual mediremos los aspectos personales, físicos, sociales. Geográficos...etc	Obstétricas	Edad materna Edad gestacional Patologías Obstétricas	ORDINAL	10 a 19 años. 20 a 34 años 35 años a mas Menor de 37 ss =1 De 37 a 41 ss =2 De 42ss a más=3 a.- embarazo prolongado= 1. b.- RPM = 2. c.- oligohidramios = 3. d.- diabetes = 4.	

				Culminación de parto.		e.- hipertensión = 5. f.- cardiopatía = 6. g.- antecedentes de óbito = 7. h.- ninguno = 8.	
				Grado de instrucción		i.- otros = 9	
				Procedencia		a.- parto vaginal = 1. b.- parto x cesara = 2.	
				Estado civil		a.-sin estudios=1 b.-primaria: 2	

			Sociodemográficas			c.-secundaria:3 d.-Sup Téc:4 e.- Sup.Univ:5 A.- Urbana:1 b.-Rural:2 a.-soltera:1 b.- casada:2 c.- conviviente:3	
--	--	--	-------------------	--	--	--	--

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: Relación entre el test no estresante y Apgar neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital de Apoyo Coracora, 2024.

Nº de Historia clínica:

Nº de Ficha:.....

Nº	Datos	Respuestas
L VARIABLE INTERVINIENTE Características generales y obstétricas		
01	Edad materna a) 10 – 19 (1) b) 20 – 24 años (2) c) 25 a 34 años = 3 d) De 35 a más (4)
	Grado de instrucción	a) Sin estudios (1) b) Primaria (2) c) Secundaria (3) d) Superior técnico (4) e) Superior universitaria (5)
	Procedencia	a) Urbana (1) b) Rural (2)
	Estado civil	a) Soltera (1) b) Casada (2) c) Conviviente (3)
02	Edad gestacional

		a) Menor de 37 ss (1) b) De 37 a 41 ss (2) c) 42 ss a mas (3)
03	Patologías presentadas	a) Embarazo prolongado b) RPM c) Oligohidramnios d) Diabetes mellitus e) Hipertiroidismo f) Cardiopatía g) Antecedente de óbito h) Ninguno i) Otros
04	Culminación del parto	a) Parto vaginal (1) b) Parto por cesárea (2)
II. Variable test no estresante		
05	Test no estresante	a) Reactivo (1) b) No reactivo (2) c) Patológico (3)
III. Variable Apgar neonatal		
06	Apgar al minuto	a) Asfixia severa (Apgar de 0 a 3) (1) b) Asfixia leve (Apgar de 4 a 6) (2) c) Normal (Apgar de 7 a 10) (3)
07	Apgar a los 5 minutos	a) Asfixia severa (Apgar de 0 a 3) (1) b) Asfixia leve (Apgar de 4 a 6) (2) c) Normal (Apgar de 7 a 10) (3)

Bibliografía.

1. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. Quien.int. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-retaining-mortality>.
2. La verdadera magnitud de la mortinatalidad y la muerte materna y neonatal está subestimada [Internet]. Quien.int. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/16-08-2016-true-magnitude-of-stillbirths-and-maternal-and-neonatal-deaths-underreported>
3. Pons A, Leiva JL, Pérez AL. Muerte fetal: avances en el estudio diagnóstico. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2023;34(1):57–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.007>.
4. Prácticas RP, De duelo por muerte fetal o neonatal A y. AI en S. Protocolo de procedimientos médicos asistenciales para la atención de mujeres y personas gestantes frente a la muerte [Internet]. Gob.ar. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/duelo-perinatal.pdf>
5. Gob.pe. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20241_05_090705.pdf
6. la SE P y. C de E-. MH. Muerte fetal y neonatal acumulada, Perú 2012 al 2022 y 2023 [Internet]. Gob.pe. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE06/mneonatal.pdf>
7. Castan mateo sergio. manual de cardiotocografía [Internet]. valdecarrizo ronda, editor. 2018. Available from: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/MONITOREO%20INTRAPARTO.pdf>.
8. Mucuk S, Bülbül T. Effects of position on non-stress test results and maternal satisfaction. Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ. noviembre de 2021;30(11):1127-32. <https://advances.umw.edu.pl/en/article/2021/30/11/1127/>
9. Nozar MF, Tarigo J, Fiol V. Factores asociados con bajo puntaje de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. An Fac Med [Internet]. 2019 [citado el 3 de mayo de 2024];6(1):63–84. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542019000100063

10. Rios Avendaño A. Monitoreo fetal no estresante en pacientes embarazadas del Hospital Carlos Roberto Huembes durante 2017 2018. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2020.<https://repositorio.unan.edu.ni/13556/1/102083813.pdf>.
11. Cuello K. Compromiso de bienestar fetal frente al Apgar del recién nacido. Tesis de pregrado guayaquil [internet]2019 [citado 2025 abril 03] disponible en <http://repositorio.ug.edu.cc/bitstream/redug45728/1/CD%20635-%20cuello%20estrella%20zokenya%20joseelyn%20mejia%20castillo.pdf>.
12. Altamiraro. Evaluación de la aplicación de los criterios ACOG en el monitoreo fetal y non stress test en el diagnóstico del riesgo de pérdida del bienestar fetal en embarazadas a término en el hospital Veles Paiz, Febrero-Julio 2018 Nicaragua [internet] 2019.[citado 2025 abril 03] disponible en <https://repositorio.unasn.edu.ni/11146/1/100031.pdf>.
13. Aguilar Merino Z. Relación del test no estresante y Apgar neonatal en gestantes con preeclampsia del hospital apoyo II-2 Sullana, en el año 2021.[internet].2023[citado 2025 abril 03]disponible en <https://repositorio.upao.edu.pe/bistream/20.500-12759/10199/1/REP-FERNANDA.AGUILAR-ZOILA.MERINO-relacion.test.no.estresante.pdf>.
14. Cahua DM, relación entre la valoración cardiotocográfica del test no estresante y resultados perinatales en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica, enero a junio, 2020.
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8439>
15. Alcedo Mallqui MI, asociación entre test no estresante y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidos en el hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2021”.
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6500023>

16. Barreto Vega AM, Davila Pinedo SD. Eficacia del perfil biofísico fetal, Doppler fetal, NST y CST, para la valoración de fetos a término con diagnóstico de insuficiencia placentaria y su correlación con el test de Apgar en el servicio de gineco obstetricia en un hospital de Lima. Universidad Peruana Unión; 2021.
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2825671>
17. Aguirre Bendezú G. Relación de los resultados patológicos del test estresante y no estresante con el Apgar del recién nacido. Hospital docente de medicina tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, Junín, julio- diciembre,2017. Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco, 2021.
<https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/4718>
18. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: nomenclature, interpretation and general management principles. ACOG Practice Bulletin 106. Obstet Gynecol . 2009;114(1):191-201
<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2009/07/intrapartum-fetal-heart-rate-monitoring-nomenclature-interpretation-and-general-management-principles> .
19. Di Tommaso M, Seravalli V, Cordisco A, Consorti G, Mecacci F, Rizzello F. Comparison of five classification systems for interpreting electronic fetal monitoring in predicting neonatal status at birth. J Mat Fet Neonat Med. 2013;26(5):487-490. DOI: 10.3109/14767058.2012.735726.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23039108/>
20. Ayres-de-Campos D, ArulkumaranS; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. Int J Gynecol Obstet. 2015; 131: 5–8.
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
21. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr Res Anesth Analg. 1953;32(4):260–7. 3.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25899272/>
22. Nelson KB, Ellenberg JH. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. Pediatrics. 1981;68(1):36–44.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7243507/>
23. Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The continuing value of the Apgar score for the assesment of newborn infants. N Engl J Med. 2001;344(7):467–71.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11172187/>
24. Ruth VJ, Raivio KO. Perinatal brain damage: predictive value of metabolic acidosis and the Apgar score. *BMJ (Internet)*. 1988 Jul 2;297(6640):24–7. Available from: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2457406](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2457406).
25. Bustamante J. Test estresante y circular de cordón umbilical. Unidad de Bienestar Fetal-Hospital regional Docentes de Cajamarca. 2016. [Tesis]. Cajamarca – Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017.
<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/1070>
26. Pineda E, Rodríguez M. Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular de cordón umbilical en recién nacidos de madres atendidas en el Instituto Materno Perinatal [Tesis]. Lima – Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2001 [citado 10 de junio 2016]. 40p..
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/pineda_e_m/cap5.htm
27. Parer J., King T. Fetal Heart rate monitoring: Is it salvageable? *Am. J. Obstet. Gynecol* 182: 982 – 7, 2000. 48. Leung TY, Fok WY, Chan LW, Law LW, Lau TK. Prediction of intrapartum Cesarean delivery for non-reassuring fetal status after a successful external cephalic version by a low pre-version pulsatility index of the fetal middle cerebral artery. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006; 27(4):416-9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16753769/>
28. Bancroft, J. *Research on Prenatal Life*. Springfield, III. 1947, Charles C Thomas, Publisher.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/zapata_z_m/Cap7.htm
29. Schwarzs, Salas, Diverges. *Obstetricia 5º edición*. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2015 Pág. 519.
https://www.academia.edu/36329790/Obstetricia_de_Schwarcz_6ta_Edicion
30. Mann, L. I. and Gallant, J. Modern indications for cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynecol* 135: 437, 1979.
<https://europepmc.org/article/med/484640>
31. Instituto Nacional Materno Perinatal. *Guías de práctica clínica y de procedimiento en obstetricia y perinatología*. Lima: MINSA. INMP; 2010.
<https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

32. Aguilar JAZ. la investigación cuantitativa [Internet]. México: navarra; 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/978-607-8789-16-0>.
33. HS, Roberto, FC, Carlos, BL pilar baptista I, Pilar. Metodología de la investigación [Internet]. 6a ed. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: McGraw-Hill; 2014. Disponible en: [file:///C:/Users/Lenovo/AppData/Local/Temp/Rar\\$DIb9496.3974/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Hernandez%20Sampieri%206e.pdf](file:///C:/Users/Lenovo/AppData/Local/Temp/Rar$DIb9496.3974/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Hernandez%20Sampieri%206e.pdf)

● 9% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 5% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 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	Universidad Wiener on 2024-10-26 Submitted works	4%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	<1%
3	docplayer.es Internet	<1%
4	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2025-05-07 Submitted works	<1%
5	Universidad Wiener on 2024-10-26 Submitted works	<1%
6	Universidad de San Martín de Porres on 2017-10-19 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2024-11-19 Submitted works	<1%
8	Universidad Wiener on 2024-06-07 Submitted works	<1%