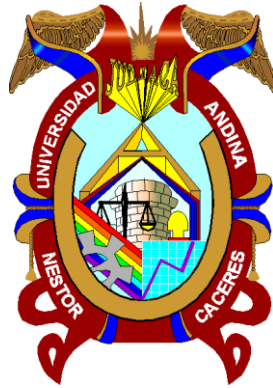




UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO
CON EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL
CENTRO DE SALUD CONO SUR PERIODO
ENERO MARZO JULIACA 2024

PRESENTADO POR:
CLAUDIA EULALIA MAMANI CANAZA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
VITALIDAD FETAL

JULIACA – PERÚ
2024



**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

ESCUELA DE POSTGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

**MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO
CON EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL
CENTRO DE SALUD CONO SUR PERIODO
ENERO MARZO JULIACA 2024**

PRESENTADO POR:

CLAUDIA EULALIA MAMANI CANAZA

**PARA OPTAR TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
VITALIDAD FETAL**

APROBADO POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
M. Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG05



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°276-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 03 de setiembre del 2024

VISTO:

El Expediente N°2024-08887 de la Egresado (a): MAMANI CANAZA CLAUDIA EULALIA con DNI N°02431427 y Código N°1710100920 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: VITALIDAD FETAL, Sede JULIACA, Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: VITALIDAD FETAL, sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;
Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;
Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y
En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a): MAMANI CANAZA CLAUDIA EULALIA del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: VITALIDAD FETAL en la Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

- Presidente : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Primer Miembro : Dra. MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
Segundo Miembro : M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

SEGUNDO. - DETERMINAR que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

- Fecha : Viernes 06 de setiembre del 2024
Hora : 08:30 a.m.
Lugar : Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Handwritten signature and stamp of the Director (e) Dr. Leopoldo Mercedes Cusi Cusi



MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO CON EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD CONO SUR PERIODO ENERO MARZO JULIACA 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	4%
3	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	distancia.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%



METADATOS COMPLEMENTARIOS

TRABAJO ACADÉMICO

**MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO
CON EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL
CENTRO DE SALUD CONO SUR PERIODO
ENERO MARZO JULIACA 2024**

Datos de autor

Nombres y apellidos	CLAUDIA EULALIA MAMANI CANAZA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02431427
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-8919-6145

Datos del jurado

Presidente del jurado

Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323

Miembro del jurado 1

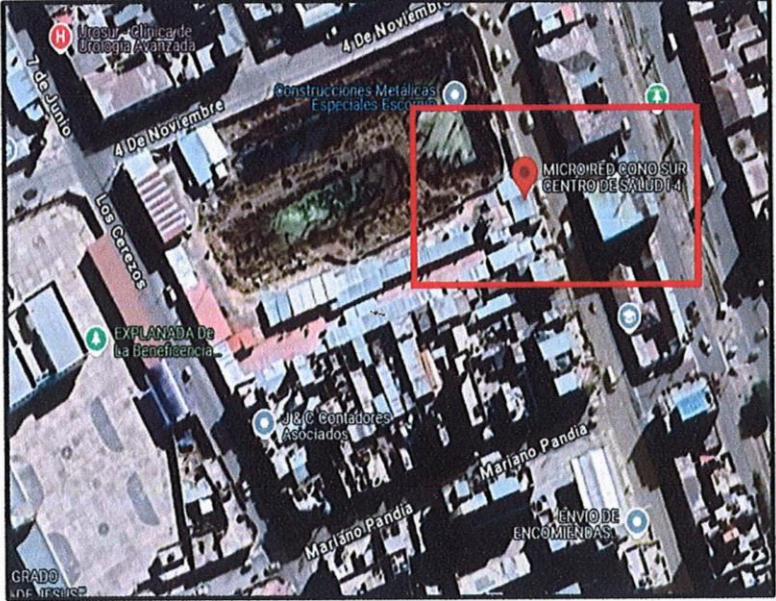
Nombres y apellidos	MARÍA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506

Miembro del jurado 2

Nombres y apellidos	MARÍA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784

Datos de investigación

Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG05
Grupo de investigación	No aplica.

<p>Agencia de financiamiento</p>	<p>Sin financiamiento</p>
<p>Ubicación geográfica de la investigación</p>	<p>Ubicación: Centro de Salud Cono Sur Juliaca País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Latitud: 15°30'00.3"S Longitud: 70°07'47.1"W https://maps.app.goo.gl/eHoeHQMYSzXTE6</p> 
<p>Año o rango de años en que se realizó la investigación</p>	<p>Enero 2024 – Marzo 2024</p>
<p>URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería</p>	<p>Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00 Obstetricia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Segunda Ortiz Cansaya
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo CLAUDIA EULALIA MAMANI CANAZA, identificado con DNI Nro. 02431427 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

VITALIDAD FETAL

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO CON EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD CONO SUR PERIODO ENERO MARZO JULIACA 2024

Asesorado por: _____

Es un tema original.

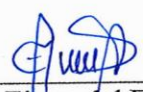
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 14 de Octubre del 2024



Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Ofrezco mi gratitud y alabanza al creador de la vida, mi padre celestial, por darme fuerza y el don de la vida.

A mis padres por el amor genuino e incomparable que me brindaron de todo corazón.

A mi querido hijo es el motor de mi progreso diario.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los docentes de la ESCUELA DE POSGRADO de gran conocimiento y experiencia en la segunda especialidad de vitalidad fetal de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca. Ellos generosamente me han impartido su sabiduría tanto en el aula como en entornos clínicos.



ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título	13
1.2. Descripción del problema	13
1.3. Justificación teorica.....	14

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. Objetivo General	16
2.2. Objetivos Específicos.....	16

CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Marco teórico	17
--------------------------	----



3.2. Marco referencial	21
3.3. Marco conceptual	32

CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1. METODOLOGÍA	33
4.1.1. Métodos aplicados a la investigación	33
4.1.2. Diseño de la investigación	33
4.1.3. La población y muestra.....	34
4.1.5. Técnicas e instrumentos y fuentes de recolección de datos.....	34
4.2. RESULTADO	36
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	74
ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	75



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Edad de la gestante en el monitoreo electrónico fetal intraparto en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	36
Tabla 2	Ocupación de la gestante en el monitoreo electrónico fetal intraparto en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	39
Tabla 3	Edad gestacional de las gestantes en el monitoreo electrónico fetal del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	42
Tabla 4	Estado nutricional de la gestante en el monitoreo electrónico fetal del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	44
Tabla 5	Resultados del monitoreo electrónico fetal intraparto del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024	47
Tabla 6	Hallazgos cardiotocográficos según la línea base en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024	50
Tabla 7	Hallazgos cardiotocográficos según la variabilidad en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo Enero a Marzo 2024.....	53
Tabla 8	Hallazgos cardiotocográficos según las aceleraciones en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	56
Tabla 9	Hallazgos cardiotocográficos según las desaceleraciones en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	59
Tabla 10	Evaluación del test de Apgar al minuto del recién nacido en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	62
Tabla 11	Evaluación del test de Apgar a los 5 min del recién nacido del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	65
Tabla 12	Resultado del peso del recién nacido del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	67



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edad de las gestantes en el monitoreo electrónico fetal Intraparto en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	36
Figura 2	Ocupación de las gestantes en el monitoreo electrónico fetal intraparto en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024	39
Figura 3	Edad gestacional de las gestantes en el monitoreo electrónico fetal del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	42
Figura 4	Estado nutricional de las gestantes con monitoreo electrónico fetal del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024	44
Figura 5	Resultados del monitoreo electrónico fetal intraparto del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero A marzo 2024	47
Figura 6	Hallazgos cardiotocográficos según línea base en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024	50
Figura 7	Hallazgos cardiotocográficos según variabilidad en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024	53
Figura 8	Hallazgos cardiotocográficos según aceleraciones en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024	56
Figura 9	Hallazgos cardiotocográficos según desaceleraciones en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024	59
Figura 10	Evaluación del test de Apgar al minuto en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	62
Figura 11	Evaluación del test de Apgar a los 5 minutos del recién nacido del Centro de Salud Cono Sur De Juliaca periodo enero a marzo 2024	65
Figura 12	Resultado del peso del recién nacido del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.....	67



INTRODUCCIÓN

El monitoreo electrónico fetal intraparto (MEFI), es una herramienta esencial en obstetricia moderna, proporcionando información en tiempo real sobre el comportamiento del latido cardíaco fetal, movimientos fetales y la dinámica uterina y se reportan en un trazo cardiotocográfico, lo que permite a los profesionales de la salud identificar signos de alteración del bienestar fetal y tomar decisiones oportunas.

Inmediatamente después del nacimiento se evalúa la condición física del niño mediante la puntuación de Apgar, realizado por la dra. Virginia Apgar en 1952 evalúa cinco puntos de corte: latido cardíaco, respiración, reflejos, tono muscular y color de piel.

Según estudios internacionales, el uso adecuado del monitoreo electrónico fetal puede disminuir las complicaciones neonatales y mejorar los resultados perinatales. Sin embargo, la efectividad de la cardiotocografía depende de varios aspectos, como calidad y disponibilidad continua del equipo, la capacitación del personal y la infraestructura del centro de salud.

En el Perú, el monitoreo electrónico fetal también ha sido incorporado en muchos hospitales y centros de salud como parte del protocolo estándar de atención intraparto. No obstante, la implementación y el uso del equipo varían considerablemente entre las diferentes regiones del país. En áreas urbanas, los establecimientos de salud suelen estar mejor equipados y cuentan con personal capacitado, lo que contribuye a una mejor vigilancia del bienestar fetal. Sin embargo, en zonas rurales y periurbanas, la falta de recursos y la infraestructura deficiente pueden limitar el acceso y la efectividad del equipo. Diversos estudios



han señalado la necesidad de mejorar la equidad en el acceso a tecnologías de salud materna y neonatal.

La adecuada y oportuna detección de aquellos fetos que durante el parto padecen un compromiso de su bienestar mostrándolos aun riesgo de morbi-mortalidad ha sido una dificultad, por ello se ha implementado equipos de monitoreo electrónico fetal, lo que podría repercutir positivamente en los resultados por esta razón se realizó el presente trabajo de investigación con el objetivo de conocer las características del monitoreo electrónico fetal intraparto asociado al bienestar del recién nacido en el centro de salud cono sur de Juliaca enero a marzo 2024.

Los principales resultados hallados en la investigación fueron los siguiente: El 84% con patrones normales, la mayoría de las gestantes tenían entre 18 y 29 años representando el 52%. La ocupación predominante es ama de casa, representando el 61% de la muestra. Una gran mayoría de las gestantes tuvieron un peso normal representando el 78%. la mayoría mostraron variabilidad moderada y frecuencia cardíaca fetal normal el 90% tuvo un puntaje mayor a 7 a los 5 minutos, y el 74% tuvieron un peso normal.



RESUMEN

Objetivo: conocer las características del monitoreo electrónico fetal intraparto asociado con el bienestar del recién nacido en centro de salud Cono Sur de Juliaca.

Material y Método: Se desarrollo un estudio descriptivo y retrospectivo utilizando datos históricos y un enfoque transversal, sin ninguna intervención. El estudio incluyó 77 historias de parturientas y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Los datos analizados de los resultados con patrones normales un 79% indica bienestar del recién nacido. El monitoreo continuo permite la detección de anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, lo cual facilita intervenciones oportunas y adecuadas que mejoran los resultados perinatales.

Conclusión; se describió las características demográficas, donde la mayoría de las gestantes monitoreadas tenían entre 18 y 29 años. La ocupación predominante es ama de casa, representando el 61% de la muestra. La mayoría de las gestantes tuvieron un peso optimo normal representando el 78%. Por lo tanto, es necesario, mantener y mejorar la implementación de la vigilancia electrónica fetal, asegurando que todos los partos sean monitorizados continuamente para detectar y responder a cualquier signo de distrés fetal de manera oportuna.

Palabras Claves: Monitoreo fetal, intraparto, Bienestar del recién nacido



SUMMARY

Objective: To know the characteristics of intrapartum fetal electronic monitoring associated with newborn well-being in the Southern Cone of Juliaca health center.

Material and Method: A descriptive and retrospective study was developed using historical data and a cross-sectional approach, without any intervention. The study included 77 stories of parturients and met the inclusion and exclusion criteria.

Results: The data analyzed from the results with normal patterns indicate 79% of the newborn's well-being. Continuous monitoring enables the detection of fetal heart rate abnormalities, facilitating timely and appropriate interventions that improve perinatal outcomes. **Conclusion;** The demographic characteristics were described, where most of the monitored pregnant women were between 18 and 29 years old. The predominant occupation is housewife, representing 61% of the sample. Most of the pregnant women had a normal optimal weight, representing 78%. Therefore, it is necessary to maintain and improve the implementation of electronic fetal surveillance, ensuring that all deliveries are continuously monitored to detect and respond to any signs of fetal distress in a timely manner.

Keywords: Fetal monitoring, intrapartum, Newborn well-being



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título

Monitoreo electrónico fetal intraparto asociado con el bienestar del recién nacido en el centro de salud Cono Sur periodo enero marzo Juliaca 2024

1.2. Descripción del problema

La cardiotocografía, es una herramienta crucial para vigilar la prosperidad fetal durante el parto. A pesar de su importancia, el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca, se ha enfrentado a enormes dificultades entre ellas la necesidad de seguir desarrollando la preparación del personal y garantizar la disponibilidad continua del equipo.

El monitoreo electrónico fetal a pesar de su uso generalizado existe varios desafíos asociados a su implementación, interpretación y resultados, así como el desafío para interpretar correctamente los trazos cardiotocográficos que muchas veces se observan resultados que no son concluyentes, lo que puede generar tantas intervenciones innecesarias como retrasos en la atención adecuada del feto en riesgo. Este escenario es particularmente preocupante en el contexto de Juliaca, donde las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal siguen siendo elevadas.



El presente estudio se centra en evaluar la efectividad del monitoreo en la vigilancia fetal durante el parto en el centro de salud Cono Sur, durante el periodo de enero a marzo de 2024, aportando datos valiosos.

Problema general

PG ¿Cuáles son las características del monitoreo electrónico fetal intraparto asociados con el bienestar del recién nacido en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024?

Problemas específicos

PE1. ¿Cuáles son características demográficas del monitoreo electrónico fetal intraparto con el bienestar del recién nacido?

PE2. ¿Cuáles son las características de monitoreo electrónico fetal intraparto?

PE3. ¿Cuáles son las características generales del bienestar del recién nacido?

1.3. Justificación de la investigación

TEÓRICO. Se basa en su fundamento teórico, ya que ofrece contribuciones importantes que amplían el conocimiento de los profesionales de la salud que lean este trabajo. Este estudio tiene como objetivo generar información nueva e innovadora, en un campo donde existen pocas referencias. Este estudio tiene como objetivo generar información nueva y actualizada sobre el tema en beneficio de nuestro centro de salud, enfoca en utilizar este conocimiento para crear propuestas de prevención, cuidado y manejo de la gestante. El objetivo final es tener un impacto temprano sobre los factores que contribuyen a la enfermedad y la muerte perinatales.



PRÁCTICO. Los hallazgos de este estudio ayudarán a evaluar la conexión entre la monitorización fetal electrónica durante el parto y su impacto en la salud del recién nacido, permitiendo una toma de decisiones informada en beneficio tanto del bebé como de la madre.

METODOLÓGICO: La metodología de este estudio es importante ya que permitirá el desarrollo e implementación de tácticas para disminuir las enfermedades perinatales y prevenir efectos a largo plazo en los bebés.



CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

OG. Conocer las características del monitoreo electrónico fetal intraparto asociado con el bienestar del recién nacido en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

2.2. Objetivos Específicos

OE1. Describir las características demográficas de la muestra en estudio.

OE2. Describir las características de monitoreo electrónico fetal intraparto

OE3. Describir las características generales del bienestar del recién nacido



CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Marco teórico

Antecedentes Internacionales

En 2017, **Albán** realizó un estudio en Ecuador en el Hospital provincial general de Ambato sobre el monitoreo electrónico fetal durante el parto y su correlación con la puntuación de Apgar al nacimiento. El estudio incluyó a 129 pacientes cuyos datos clínicos se registraron en una hoja de datos. Recopilación de información. Un análisis reveló que el 95,3% de los neonatos del grupo con monitorización fetal electrónica tranquilizante tenían evaluación de Apgar superior a 7, mientras que ninguno tenía una evaluación inferior a 7. En contraste, el 4,6% de los neonatos del grupo con monitorización fetal electrónica intranquilizante la monitorización fetal tuvo una evaluación de Apgar superior a 7, y ninguno obtuvo una puntuación inferior a 7. El análisis de esta investigación sugiere que no existe conexión entre la vigilancia electrónica fetal y la evaluación de Apgar de los neonatos a término. (1)

En 2013, **Salazar y Castro** realizaron un estudio en Ecuador sobre la cesárea realizada por un control inadecuado de la frecuencia cardíaca fetal. Examinaron a 110 recién nacidos por cesárea y descubrieron que el 41,8% experimentó sufrimiento fetal agudo y tenía una puntuación de Apgar de menos de 7 al minuto, mientras que el 58,2% tenía un estado fetal normal con una puntuación de Apgar de al menos 7 al minuto. un minuto. El 21% de ellos se identificaron como verdaderos positivos y el 78% se identificaron como verdaderos negativos. La prueba tenía una sensibilidad del 21 %, lo que significa que identificó correctamente



el 21 % de los casos verdaderos positivos, y una especificidad del 84 %, lo que indica que descartó correctamente el 84 % de los casos verdaderos negativos. Descubrieron que la monitorización fetal electrónica es más eficaz como herramienta para evaluar la salud del feto y no es muy fiable para detectar sufrimiento fetal repentino. (1)

En 2013, Chávez y Vélez realizaron un estudio en Ecuador en el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán, centrándose en la correlación entre la monitorización fetal electrónica patológica intraparto y las puntuaciones de Apgar neonatal en 97 mujeres en trabajo de parto. Sugiere que hay relación entre los hallazgos principales sobre la prevalencia de monitoreo patológico y su impacto en la evaluación del Apgar durante el nacimiento. (2)

Antecedentes Nacionales

Olivares realizó un estudio en 2016 en el Hospital III Iquitos de Essalud, en su investigación valor del MEFI para identificar sufrimiento fetal agudo. El estudio examinó los registros clínicos de 155 mujeres embarazadas a término que habían dado a luz y recopiló los datos mediante una hoja de investigación. El 85% de los individuos encuestados tenía puntajes de Apgar normales, mientras que el 11% tenía depresión moderada y el 2,6% tenía depresión severa. La precisión de predecir un resultado positivo fue del 28 %, mientras que la precisión de predecir un resultado negativo fue del 98%. La tasa de precisión fue del 87,5 % para la sensibilidad y del 74% para Aproximadamente el 75% de los pacientes que recibieron tratamiento fetal patológico intraparto. El seguimiento mostró síntomas de sufrimiento fetal agudo. Se determinó que existía una fuerte correlación ($p = 0,000$) entre la monitorización fetal electrónica y la aparición de sufrimiento fetal



agudo. (3)

En 2015, Valenzuela realizó un estudio en Huamanga sobre la correlación entre el monitoreo fetal intraparto y los puntajes de Apgar del recién nacido, utilizando una muestra de 184 mujeres a las que se les realizó un monitoreo fetal electrónico durante el parto. El método de recolección de datos fue a través de documentos y la herramienta utilizada fue la historia clínica. Los hallazgos mostraron que el 41% de las madres tuvieron resultados favorables, el 27% tuvo recién nacidos con Apgar normales y el 14% experimentó depresión moderada. El 65% de las madres en el estudio tuvieron resultados anormales en las pruebas, el 4,3% de sus recién nacidos experimentaron depresión severa y el 1% experimentaron depresión moderada. En conclusión, la significancia del estadístico Chi Cuadrado ($< 0,05$) proporciona evidencia suficiente para apoyar la conexión directa entre la monitorización fetal intraparto y el Apgar neonatal ($p < 0,05$). (4)

En 2014, Casanova que examinó la conexión entre la monitorización fetal electrónica durante el trabajo de parto y el sufrimiento fetal agudo en mujeres embarazadas a término. Observó a 112 mujeres y documentó sus hallazgos en un formulario de recopilación de datos. Se descubrió que el 58% de las personas tenían entre 20 y 34 años y el 48,2% nunca había dado a luz. Aproximadamente el 5% de los monitores electrónicos fetal durante el parto se identificaron como casos potenciales de sufrimiento fetal agudo. El 98% de los recién nacidos experimentaron sufrimiento fetal agudo, y entre ellos, el 63,6% tuvo resultados preocupantes de monitorización fetal electrónica ($p = 0,059$). La conclusión es que la monitorización fetal intraparto no detecta eficazmente el sufrimiento fetal agudo. (5)

En 2013, Valdivia Huamán A.C. realizó un estudio en Lima, en el que



participaron 346 mujeres embarazadas a quienes se realizó monitoreo fetal, con un enfoque de análisis, la observación y retrospectiva. Descubrieron que la edad promedio de los participantes en el estudio era 26,85%. La edad se encontraba en el rango de 20 y 34 años. Además, el 89,3% tenía una edad de gestación entre 37 a 40 semanas. Las desaceleraciones tardías estuvieron presentes en el 5,8% de los casos, mientras que las desaceleraciones variables se observaron en el 13,3% de los casos. El 30,1% de los casos fueron diagnosticados de sufrimiento fetal mediante monitorización electrónica. Los patrones que se evaluaron incluyeron una disminución de la variabilidad en el 50 % de los casos, bradicardia en el 39,4 % de los casos y desaceleraciones tardías en el 19,2 % de los casos. La prueba obtuvo una sensibilidad del 69% y una especificidad del 71%, con un valor predictivo positivo del 9% y un valor predictivo negativo del 98%. (6)

Antecedentes Locales.

En 2015 Cotrina investigó cómo la monitorización fetal electrónica se correlaciona con la salud del recién nacido en el Centro de Salud Ferrari, donde 137 gestantes tuvieron partos eutócicos, y recopiló información mediante un formulario de recolección de datos. El estudio examinó la salud de los neonatos mediante la evaluación de Apgar y las características del líquido amniótico. El análisis estadístico encontró que una puntuación normal de la monitorización fetal electrónica no siempre garantiza una buena valoración de Apgar, y también investigó la relación entre la monitorización fetal electrónica y las condiciones del líquido amniótico. (7)



3.2. Marco referencial

Monitoreo Electrónico Fetal

La organización mundial de la salud, afirma que la Cardiotocografía es una herramienta fundamental utilizada durante el embarazo para detectar fetos en peligro de hipoxia. Según la información de un estudio observacional, al principio se aceptó que la cardiotocografía sería ventajosa para identificar precozmente posibles complicaciones fetales. El uso de esta tecnología puede dar lugar a intervenciones innecesarias por parte de los médicos debido a errores en la interpretación visual mediante la observación. Un resultado cardiotocográfico patológico puede estar relacionada con tasas más altas de morbilidad y muerte fetal. Se ha creado una técnica de análisis informatizado para abordar las imprecisiones en la traducción visual de los resultados de la cardiotocografía, ofreciendo una interpretación más confiable e imparcial. (9)

Durante el embarazo y el parto esta técnica de monitoreo tiene como objetivo, prevenir resultados negativos para el recién nacido, detectando y abordando la hipoxia fetal antes de que se vuelva irreversible. (10)

Monitoreo fetal intraparto

La monitorización fetal electrónica intraparto implica vigilar el bienestar fetal durante el trabajo de parto, ya sea continua o discontinua, permitiendo evaluar el ritmo cardíaco, los movimientos del feto y las compresiones uterinas de la madre.

La vigilancia fetal intraparto permite la detección de fetos que padecen acidemia. Se relaciona con una disminución de las convulsiones en los neonatos y una disminución de la mortalidad fetal durante el parto.



INDICACIONES:

Absolutas:

- oligohidramnios
- diabetes Mellitus.
- fetos con restricción en su crecimiento intrauterino
- hipertensión arterial crónica
- gestación múltiple.
- embarazo prolongado.
- toxemia
- óbito fetal previa
- prueba de test no estresante previa no reactivo

Relativas:

vigilancia electrónica fetal intraparto de rutina (10)

PARAMETROS DE LA CARDIOTOCOGRAFÍA

A.- Frecuencia cardíaca fetal (Línea de base)

La frecuencia cardíaca fetal inicial es el nivel promedio de la parte menos fluctuante del ritmo cardíaco que se traza durante 10 minutos, medida en latidos por minuto. Si la línea de base supera los 160 latidos por minuto durante más de 10 minutos se clasifica como taquicardia (11)

B.-Variabilidad



Los cambios del ritmo cardíaco fetal se miden comparando el pico más alto durante la oscilación simpática positiva con el pico más bajo durante la fluctuación dentro de un seguimiento de un minuto.

Hay muchos factores además de la hipoxia que influyen en la alterabilidad, por ejemplo, la respiración fetal, la actividad de los medicamentos regulados a la madre. La circunstancia del flujo sanguíneo y la condición del SNC son las causas esenciales que inciden en la fluctuación del pulso fetal. La fluctuación se delega a continuación:

- silente: amplitud indetectable
- disminuida: amplitud \leq a 5 latidos por minuto
- oscilante: amplitud 6 a 25 latidos por minuto.
- Saltatoria: amplitud $>$ 25 latidos por minuto.

C. –Aceleraciones

La frecuencia cardíaca fetal muestra un aumento y luego vuelve a su nivel anterior, con un intervalo de 15 segundos a más y una magnitud superior a 15 latidos, ocurriendo después de la semana 32 de embarazo. En embarazos de menos de 32 semanas, la duración y amplitud aceptadas son 10 segundos y 10 latidos. Un período prolongado de aceleración se define como el que dura de 2 a 10 minutos. Si la duración del incremento es superior a 10 minutos, se considerará una desviación de la línea basal. (11)

D.-Desaceleración

La categoría de disminuciones del ritmo cardiaco del feto de 15 latidos por



minuto a más que duran más de 15 segundos, pero menos de 2 minutos incluye los tipos tardío, temprano, variable o prolongado.

Desaceleración Tardía: Disminución lenta del ritmo cardíaco del feto, de duración igual o superior a 30 segundos, desde el inicio hasta el punto más bajo. Comienza siguiendo el pico más alto de contracción del miometrio. Por lo general, el nadir comienza a recuperarse de una desaceleración después del inicio, y la conclusión de las contracciones uterinas, respectivamente.

La desaceleración temprana es cuando hay una reducción del ritmo cardíaco del feto que comienza, alcanza su punto más bajo y vuelve a la normalidad al mismo tiempo que el inicio, el ápex y el final de una contracción muscular, de forma respectiva, de manera simétrica. Ofrecen un reflejo de la relación entre la desaceleración y las contracciones del útero. Esta forma de desaceleración está asociada con la presión de la cabeza del bebé y generalmente se considera inofensiva.

La desaceleración variable es el tipo más frecuente y es causada por la presión del cordón umbilical. Definida por una caída repentina del ritmo cardíaco del feto, que se produce en un plazo determinado y alcanza un pico mínimo, con una duración entre 30 segundos a 2 minutos, con una disminución de al menos 15 latidos respecto al ritmo cardíaco basal. (12)

Desaceleración prolongada: Disminución prolongada de la frecuencia cardíaca fetal con una caída a menos de 70 latidos por minuto durante más de 7 minutos. Las posibles razones de esto pueden incluir fuertes contracciones del útero, el cordón umbilical deslizándose a través del cuello uterino, el bebé descendiendo



rápidamente, presión prolongada sobre el cordón umbilical, falta de oxígeno para la madre y el uso de una epidural.

E.- Contracciones Uterinas

Las contracciones uterinas exhiben un patrón en forma de campana, que aumenta y disminuye gradualmente en sincronización y dura de 45 a 120 segundos, como se observa en el esquema. Las contracciones uterinas desempeñan un papel crítico en el proceso del parto al provocar una reducción temporal del flujo sanguíneo a la placenta mediante la compresión de los vasos dentro del miometrio. El dinamómetro, parte del monitor fetal, mide eficazmente las recurrencias, duración y la fuerza de las retracciones uterinas. (13)

PATRONES DE INTERPRETACIÓN:

Categoría I. Tienen la consideración de habituales y no requieren la realización de ninguna actuación específica. Los parámetros incluyen:

ritmo cardíaco fetal basal normal

fluctuaciones moderadas

aceleraciones presentes o faltantes

desaceleraciones precoces existentes o faltantes

Categoría II. Estos casos se consideran inciertos y requieren evaluación, seguimiento y posibles pruebas adicionales para asegurar el bienestar fetal. **Las** características de estos trazos incluyen:

taquicardia o bradicardia



variabilidad mínima o ausente, sin desaceleraciones recurrente

desaceleraciones variables continua con fluctuaciones amplias

desaceleraciones tardías frecuentes con fluctuaciones oscilante

registro sinusoidal

Categoría III. Se consideran anormales y necesitan evaluación inmediata, así como intervenciones de reanimación intrauterina. Los parámetros incluyen:

taquicardia o bradicardia

variabilidad ausente o mínima

desaceleraciones variables continuas especialmente con variabilidad corta.

desaceleraciones tardías especialmente con variabilidad disminuida.

patrón sinusoidal: (10)

Bienestar Fetal

El término "bienestar fetal" se refiere al estado del feto en el útero, donde todas las mediciones bioquímicas, biofísicas y biológicas del feto se encuentran dentro de los rangos normales.

Bienestar del recién nacido

a.- Apgar: Apgar desarrolló en 1952 un sistema de evaluación sencillo y rápido para valorar el estado clínico de los recién nacidos. originalmente la evaluación se realizó un minuto después del nacimiento, después se amplió a cinco minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo. Una puntuación de 7 o



superior muestra un gran estado, mientras que una puntuación más baja indica deterioro. (13)

La puntuación de Apgar es un método utilizado para evaluar la salud de un recién nacido inmediatamente después del parto. La valoración se compone de 5 indicadores, a los cuales se le asigna una puntuación de 0 a 2 según la escala de Apgar. La verificación deberá realizarse tanto al minuto como a los cinco minutos siguientes a la expulsión completa del ser. Si la medición es inferior a 7 después de 5 minutos, es necesario volver a evaluarla cada 5 minutos hasta que dos mediciones consecutivas muestren un valor de 7 o superior La puntuación de Apgar como un medio para evaluar la condición física del recién nacido inmediatamente después del nacimiento para registrar la transición fetal a la neonatal. Consiste en la evaluación de los cinco signos y se califica con un valor de 0,1 o 2; se suman y el puntaje de Apgar debe ser superior a 7. La evaluación consta de 5 indicadores,

CUADRO 1

Test de Apgar

SIGNO	0	1	2
LATIDOS CARDIACOS			
POR MINUTO	AUSENTE	MENOS DE 100	MAS DE 100
ESFUERZO		IRREGULAR O DÉBIL	REGULAR O
RESPIRATORIO	AUSENTE		LLANTO
TONO MUSCULAR		FLEXION	MOVIMIENTOS
	FLACIDEZ	MODERADA DE	ACTIVOS
		EXTREMIDADES	
IRRITABILIDAD	SIN	MUECAS	LLANTO
	RESPUESTA		VIGOROSO O TOS

Fuente. Teoría planteada



Parámetros:

Low afirmó que la puntuación de Apgar consiste en evaluar 5 rasgos fácilmente reconocibles y asignarle a cada una de ellas un valor de 0 a 2. Un valor de 7 o más sugiere que las condiciones del neonato se encuentran en buenas. (14)

Color

El color azulado de un recién nacido al nacer se debe a su eficiente transporte de oxígeno y a sus menores niveles de saturación de O₂. Al nacer, el color se determina mediante observación visual, existiendo la posibilidad de que aparezca cianosis en las extremidades. Esta es la razón por la que no se puede lograr una puntuación de Apgar perfecta de 10/10, ya que el neonato siempre recibirá una puntuación más baja en el parámetro de color debido a la coloración cianótica natural presente al nacer. (13)

Esfuerzo respiratorio

La puntuación de Apgar otorga gran importancia a este signo, ya que es el segundo en desaparecer cuando un neonato experimenta dificultades respiratorias. Señala el comienzo de la respiración pulmonar y el ajuste cardiocirculatorio del recién nacido. Se puede evaluar el esfuerzo respiratorio del recién nacido observando sus patrones respiratorios.

que puede variar desde experimentar apnea hasta tener patrones de respiración irregulares o regulares. Este parámetro determina si se debe iniciar la reanimación o no.



Tono muscular e irritabilidad refleja

Constituyen los indicadores neurológicos de la puntuación de Apgar, que se desvanecen en la tercera y cuarta posición, respectivamente. Los cambios en la tensión muscular provocan variaciones metabólicas y circulatorias que afectan el rendimiento del músculo estriado esquelético. Por el contrario, la falta de irritabilidad indica que los mecanismos de compensación del cerebro están agotados por la falta de oxígeno

Frecuencia cardiaca fetal

La última indicación de la puntuación de Apgar tarda más tiempo en desaparecer en un neonato que sufre depresión, ya que éste tiene una mejor capacidad para manejar circunstancias hipóxicas en contraste con los adultos. Esto se debe a su menor consumo de energía tisular y a mayores niveles de glucógeno en el músculo cardíaco, lo que les ayuda a mantener la función cardíaca durante períodos más prolongados. (13)

b.- Líquido Amniótico

Es un líquido transparente, amarillento que encierra y resguarda al embrión en desarrollo y al feto de condiciones externas dañinas.

El líquido amniótico contiene componentes celulares del feto y células que se originan en la membrana amniótica. Se cree que el líquido amniótico se reemplaza a una frecuencia constante de 500 ml por hora, y se necesitan aproximadamente de 2 a 3 horas para que todo el volumen del líquido amniótico se renueve por completo. Aproximadamente el 25% de la circulación ocurre por medio del feto y el cordón umbilical, mientras que el 75% restante ocurre por medio de las membranas



ovulares y la placenta. (8)

c.- Edad materna:

El riesgo de puntuaciones bajas de Apgar se asocia con una edad materna inferior a 15 años o superior a 35 años. El embarazo adolescente a menudo se considera un hecho no deseado y no planificado que puede hacer que las adolescentes se sientan avergonzadas y lo oculten a sus familias, lo que lleva a una atención prenatal retrasada o inadecuada. Además, es posible que sus órganos reproductivos no estén completamente desarrollados y el embarazo a menudo ocurre dentro de una familia disfuncional que carece de apoyo. Estos factores combinados pueden representar una amenaza para la salud del bebé y causar potencialmente afecciones como la restricción del crecimiento intrauterino. Los partos prematuros y los partos difíciles asistidos aumentan el riesgo de complicaciones traumáticas y afecciones relacionadas con el embarazo, como la preeclampsia y la RPM, lo que provoca un mayor daño al recién nacido. (15)

Sin embargo, en mujeres mayores de 35 años se produce una disminución del funcionamiento del miometrio, lo cual que provoca cambios en la implantación y suministro de sustancias al feto. Esto, a su vez, afecta la nutrición y el suministro de oxígeno al feto y, en última instancia, repercute en el riesgo de depresión al nacer.

d.- Ocupación materna y grado de instrucción:

Por el contrario, un trabajo menos exigente para las madres y niveles más altos de educación han sido investigados y se consideran factores que ofrecen protección. Sin embargo, su asociación ha ido disminuyendo gradualmente con el tiempo. (15)



e- Estado nutricional materno:

Dos factores clave que se consideran son el índice de masa corporal y la evaluación de los niveles de hemoglobina.

Índice de Masa Corporal - (IMC):

Una forma sencilla de determinar si un adulto tiene sobrepeso u obesidad es observando la relación entre su peso y su altura. El IMC se calcula dividiendo el peso por el cuadrado de su altura en metros. Los valores en adultos (18 años y mayores) no están influenciados por la edad o el sexo. (8)

Ganancia de peso materno:

Prestar atención a las necesidades nutricionales tanto del feto como de la madre es crucial para su salud y bienestar, y debe ser monitoreado y evaluado estrechamente desde el inicio del embarazo para brindar una orientación nutricional adecuada.

Durante el segundo trimestre del embarazo, una mujer con un estado nutricional normal previo al embarazo, con sobrepeso u obesidad comenzará a aumentar de peso. Si el estado nutricional de una mujer es inadecuado antes del embarazo, debe empezar a ganar peso durante los primeros tres meses de embarazo.

(1)



3.3. Marco conceptual

3.3.1. Monitoreo electrónico fetal intraparto: Durante el parto, el monitoreo electrónico rastrea la frecuencia cardíaca del bebé, mide sus movimientos y evalúa las contracciones del útero. Categorización de intervenciones como el uso de monitoreo electrónico para evaluar la frecuencia cardíaca del bebé en respuesta a las contracciones durante el apoyo al parto. (11)

El objetivo es crear una guía que categorice la frecuencia cardíaca fetal intraparto según el riesgo de sufrimiento fetal y la probabilidad de desarrollar un patrón más grave, utilizando un sistema de estandarización de 5 niveles.

3.3.2. Bienestar del Recién Nacido: En lo que respecta al estado físico de un recién nacido inmediatamente después del nacimiento, determinado por los puntajes de Apgar y las propiedades del líquido amniótico en el momento del parto. (8)



CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

4.1. METODOLOGÍA

4.1.1. Métodos aplicados a la investigación

La investigación emplea un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo y transversales.

Basado en la participación del investigador, el estudio fue puramente descriptivo, ya que no se cambiaron variables intencionalmente y los hallazgos naturales representaron con precisión la muestra que se estaba estudiando. Con base en el plan de recolección de datos, el estudio se realizó de manera retrospectiva ya que la información se recopiló de fuentes secundarias en tiempo pasado.

4.1.2. Diseño de la investigación

La investigación tiene estructura no experimental, modelada a partir de pruebas diagnósticas, y la muestra fue elegida en base al diagnóstico. Por lo tanto, no se manipulan las variables sino solo se describen, siendo el tipo de estudio básica de enfoque cuantitativo.



4.1.3. La población y muestra.

La muestra es el total de la población, constituida por el archivo clínico de la parturienta con monitoreo electrónico fetal intraparto. Fueron un total de 77 historias clínicas en el centro de salud Cono Sur de Juliaca entre enero a marzo del 2024.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- • Las experiencias pasadas de mujeres embarazadas sometidas a monitorización fetal electrónica intraparto.
- Los registros electrónicos de monitorización fetal intraparto se encuentran en excelentes condiciones.
- La presencia de seguimiento electrónico del feto durante el parto, con la interpretación y aprobación del personal de salud documentada con sello y firma.
- Los datos completos del nacimiento están archivados en los registros médicos del paciente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Las historias clínicas de mujeres embarazadas sin monitorización fetal electrónica durante el parto.
- Historias clínicas de embarazadas con antecedentes patológicas durante el embarazo

4.1.5. Técnicas, instrumentos y fuentes de recopilación de información.

La técnica utilizada fue el análisis documental de resultados de monitoreo



electrónico fetal Intraparto y las historias clínicas maternas y neonatales

Los Instrumentos de recolección de datos la ficha de recolección de datos diseñada para ese fin (ver anexo 1).

4.1.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- Permiso Los permisos necesarios fueron adquiridos de las autoridades pertinentes para poder utilizar el instrumento.
- Identificación Se reconocieron los antecedentes de las gestantes consultando el registro de monitoreo.
- Selección de participantes. Los criterios de inclusión se utilizaron para seleccionar a cada mujer embarazada.
- Utilizando la herramienta en la práctica. La información fue recopilada e ingresada en el formulario de recolección de datos
- Digitación. Una vez recopilados los elementos, se ingresaban diariamente en una hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Técnicas para el análisis de la información

Las características de los parámetros estudiados se describen detalladamente en función de los equipos de investigación y el modo de elemento, ya sea categórica o numérica. De igual forma, para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, estos se presentan en tablas y figuras académicas con el objetivo de trabajar la presentación visual y hacerlo comprensible y razonable.

4.2. RESULTADO.

Tabla 1

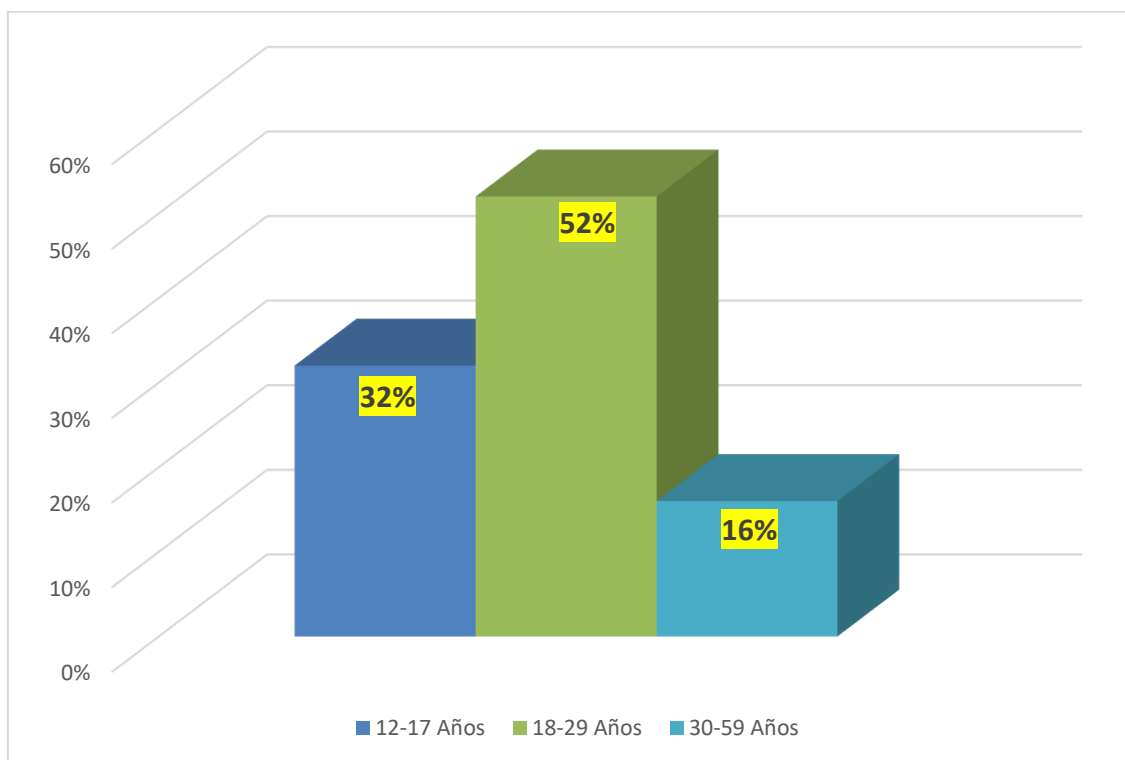
Edad de la gestante en el monitoreo electrónico fetal intraparto en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024.

EDAD	fi	%
12-17 AÑOS	25	32,0
18-29 AÑOS	40	52,0
30-59 AÑOS	12	16,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección

Figura 1

Edad de las gestantes en el monitoreo electrónico fetal intraparto en el Centro de Salud Cono Sur periodo enero a marzo Juliaca 2024



Fuente. Tabla 1



INTERPRETACIÓN.

El análisis de datos de monitoreo electrónico fetal intraparto, revela una distribución específica en cuanto a la edad de las gestantes que recibieron este monitoreo.

Adolescentes (12-17 años): El 32% de las gestantes monitoreadas pertenecen a este grupo de edad. Este alto porcentaje sugiere una prevalencia significativa de embarazos adolescentes en la población atendida en el centro de salud. Los embarazos en adolescentes pueden estar asociados con mayores riesgos obstétricos y perinatales, lo que destaca la importancia del monitoreo electrónico fetal para detectar y manejar potenciales complicaciones de manera oportuna.

Adultas jóvenes (18-29 años): El 52% de las gestantes monitoreadas se encuentran en este rango de edad, representando una mayoría de casos. Este grupo etario es considerado generalmente como el de menor riesgo obstétrico en comparación con los extremos del espectro reproductivo, lo que podría explicar la mayor proporción de embarazos en esta categoría. La predominancia de gestantes en este grupo sugiere que esta tecnología se aplica ampliamente en población de riesgo intermedio, asegurando un seguimiento adecuado durante el trabajo de parto.

Adultas mayores (30-59 años): El 16% de las gestantes monitoreadas tienen entre 30 y 59 años. Aunque representan una minoría, las gestantes en este grupo de edad pueden presentar riesgos aumentados debido a factores como la mayor probabilidad de comorbilidades y complicaciones obstétricas asociadas con la edad avanzada. La implementación del monitoreo electrónico fetal en este grupo es crucial para gestionar de manera efectiva dichos riesgos y promover el bienestar neonatal.



En resumen, la distribución por edad de las gestantes en el control electrónico fetal intraparto, refleja una adecuada aplicación de esta tecnología en diversos grupos etarios, cada uno con sus propias características y riesgos obstétricos. La significativa proporción de adolescentes y adultas mayores indica la necesidad de una vigilancia continua y especializada para estos grupos, mientras que la predominancia de adultas jóvenes resalta la aplicación generalizada del monitoreo en la población obstétrica.

Tabla 2

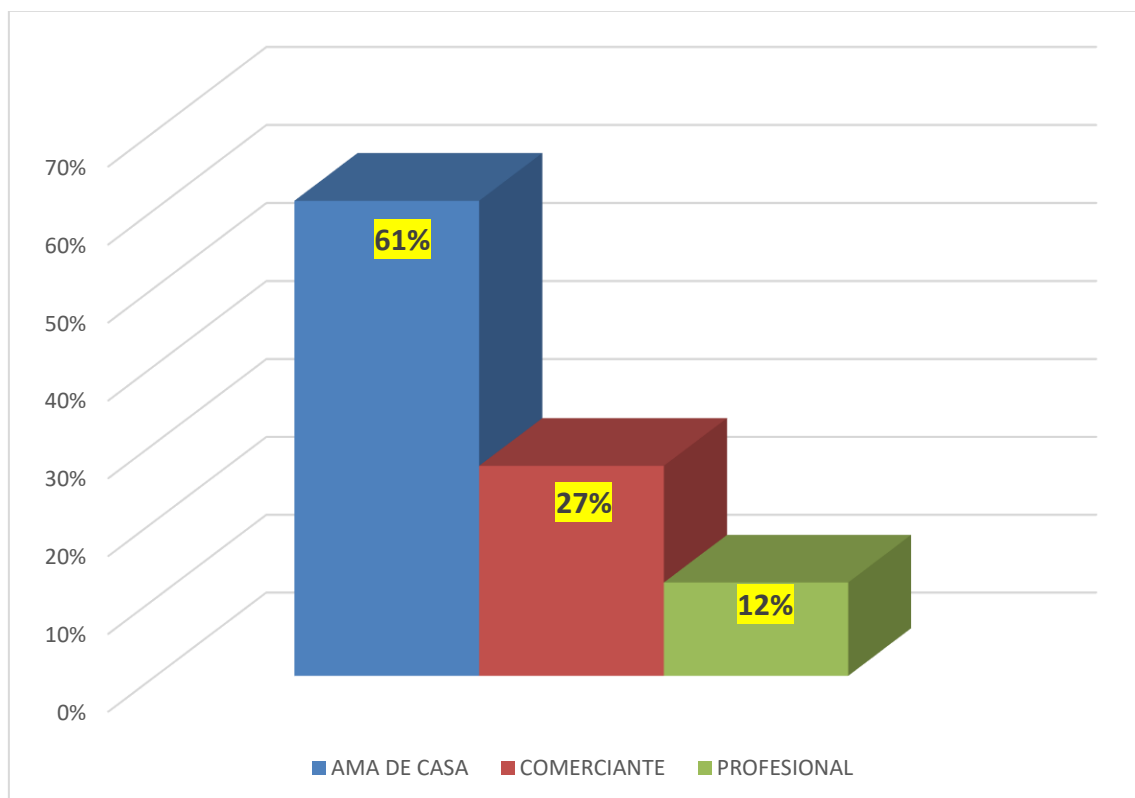
Ocupación de la gestante en el monitoreo electrónico fetal intraparto en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

OCUPACION	fi	%
Ama de casa	47	61,0
Comerciante	21	27,0
Profesional	9	12,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 2

Ocupación de las gestantes en el monitoreo electrónico fetal intraparto en el Centro de Salud Cono Sur Juliaca periodo enero a marzo 2024.



fuentes. Tabla 2



INTERPRETACIÓN

El análisis de registros, según la ocupación de las gestantes, muestra la siguiente distribución:

Ama de casa: El 61% se identifican como amas de casa. Este alto porcentaje indica que la mayoría de las mujeres no participan en el mercado laboral formal. Las amas de casa pueden tener diferentes niveles de acceso a la información y recursos relacionados con el cuidado prenatal, lo que hace crucial la disponibilidad y efectividad del monitoreo electrónico fetal para asegurar un seguimiento adecuado durante el parto.

Comerciante: El 27% de las gestantes monitoreadas se dedican al comercio. Este grupo representa a mujeres que, aunque trabajan en el sector informal, mantienen una actividad económica regular. Las comerciantes pueden enfrentar desafíos específicos entre su trabajo y un monitoreo fetal eficiente y accesible para este grupo.

Profesional: El 12% de las gestantes pertenecen a ocupaciones profesionales. Aunque es el grupo más pequeño, su presencia sugiere que las mujeres con empleos formales y potencialmente mayores niveles de educación y acceso a recursos también buscan servicios de monitoreo electrónico fetal en este centro. Este grupo podría tener un mejor conocimiento de los beneficios del monitoreo fetal y, por lo tanto, es probable que acceda a estos servicios de manera proactiva.

En resumen, la ocupación refleja una diversidad en los perfiles socioeconómicos y ocupacionales. La predominancia de amas de casa resalta la necesidad de fortalecer la educación y el acceso a cuidados prenatales adecuados para este



grupo. La considerable representación de comerciantes subraya la importancia de hacer los servicios de salud accesibles y adaptables a mujeres trabajadoras en el sector informal. Finalmente, aunque en menor proporción, las profesionales también buscan estos servicios, lo que sugiere la universalidad y la necesidad del control electrónico fetal intraparto a través de diferentes segmentos ocupacionales de la población.

Tabla 3

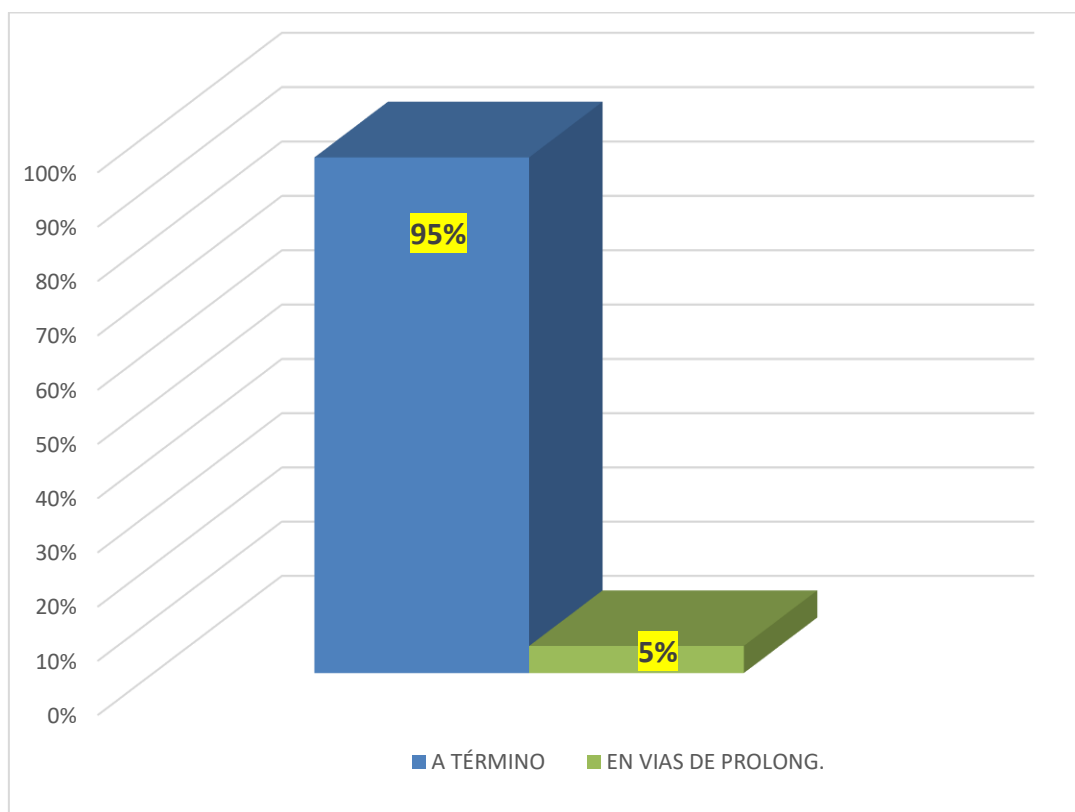
Edad gestacional de las gestantes en el monitoreo electrónico fetal intraparto del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

EDAD GESTACIONAL	fi	%
A término	73	95,0
En vías de prolongación	4	5,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 3

Edad gestacional de las gestantes en el monitoreo electrónico fetal intraparto del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



fuentes. Tabla 3



INTERPRETACIÓN

El análisis de datos según la edad gestacional, muestra la siguiente distribución:

A término: El 95% tuvieron partos a término. Esta alta proporción indica que la mayoría de los embarazos monitoreados alcanzaron una edad gestacional a término, lo cual es favorable para el bienestar neonatal, ya que los partos a término generalmente están asociados con menores riesgos de complicaciones neonatales y mejores resultados perinatales. La alta tasa de partos a término sugiere que el monitoreo electrónico fetal está siendo utilizado predominantemente en embarazos que han progresado hasta un punto de madurez fetal adecuada.

En vías de prolongación: El 5% de las gestantes que recibieron control electrónico fetal intraparto tuvieron partos en vías de prolongación, Aunque esta es una minoría, es importante destacar que los partos en vías de prolongación están asociados con mayores riesgos de complicaciones neonatales, infecciones y otras condiciones que pueden requerir cuidados intensivos. La utilización del monitoreo electrónico fetal en estos casos es crucial para detectar signos tempranos de sufrimiento fetal y permitir intervenciones oportunas que puedan mejorar los resultados perinatales.

En resumen, la gran mayoría de los embarazos monitoreados fueron a término, lo cual es un indicativo positivo para el bienestar del recién nacido. Sin embargo, la presencia de un 5% de partos en vías de prolongación destaca la importancia del monitoreo electrónico fetal como una herramienta esencial para la vigilancia y manejo adecuado de embarazos con mayor riesgo obstétrico, asegurando que tanto los embarazos a término como las vías de prolongación reciban la atención

Tabla 4

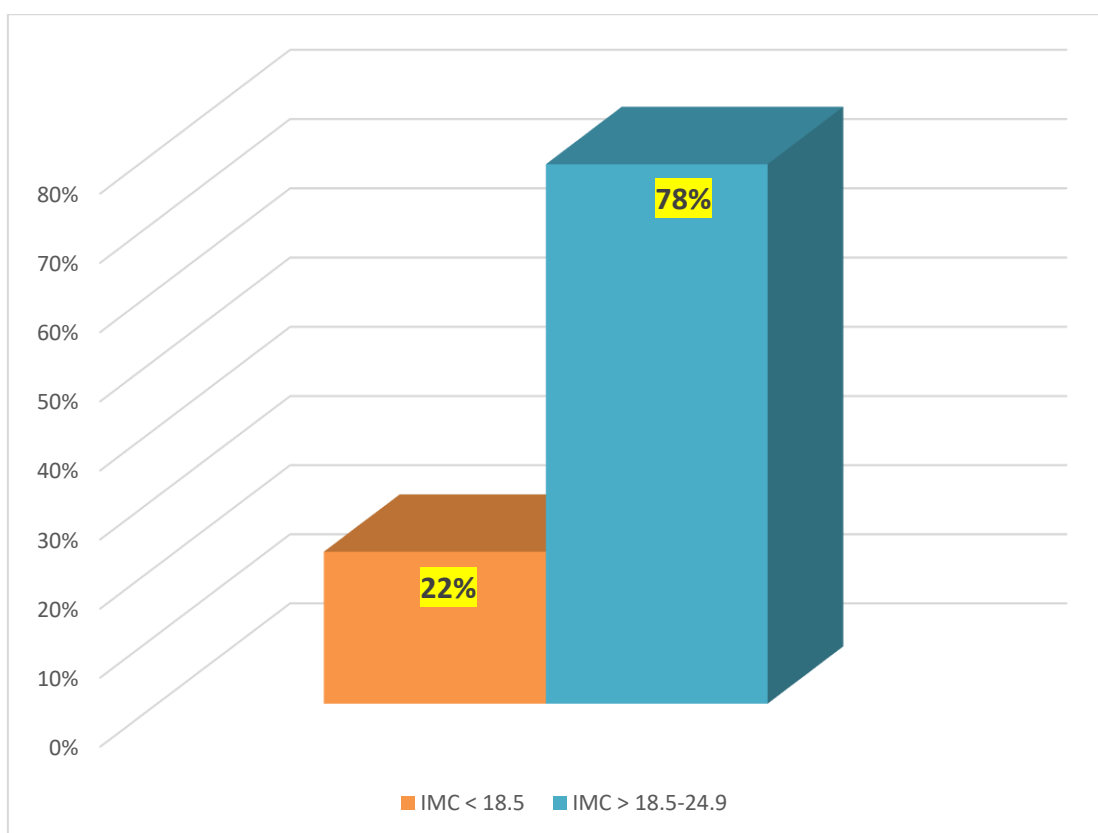
Estado nutricional de la gestante en el monitoreo electrónico fetal intraparto del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

ESTADO NUTRICIONAL	fi	%
BAJO PESO	17	22,0
NORMAL	60	78,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 4

Estado nutricional de la gestante en el monitoreo electrónico fetal intraparto en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



fuentes. Tabla 4



INTERPRETACIÓN

El análisis de datos en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; durante el periodo de enero a marzo de 2024, según el estado nutricional de las gestantes, muestra la siguiente distribución basada en el índice de masa corporal.

IMC < 18.5 (Bajo peso): El 22% presentaron un IMC menor a 18.5, lo que indica bajo peso. Las gestantes con bajo peso están en riesgo, lo que puede afectar negativamente el bienestar del recién nacido. La alta proporción de gestantes con bajo peso subraya la importancia de una vigilancia prenatal intensiva y el uso del monitoreo electrónico fetal para detectar posibles problemas y tomar medidas oportunas que puedan mejorar los resultados perinatales.

IMC entre 18.5 y 24.9 (Peso normal): El 78% de las parturientas que recibieron monitoreo electrónico fetal intraparto tenían un IMC dentro del rango considerado normal (18.5 – 24.9). Este grupo representa la mayoría de las gestantes monitoreadas, lo cual es indicativo de un buen estado nutricional que generalmente se asocia con menores riesgos. Las gestantes con un índice de masa corporal normal tienen una probabilidad más alta de tener resultados perinatales favorables, y el uso del monitoreo electrónico fetal en este grupo puede ayudar a asegurar que cualquier signo de sufrimiento fetal sea detectado y manejado adecuadamente.

En resumen, la distribución del estado nutricional según IMC de las parturientas que recibieron monitoreo electrónico fetal intraparto en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; revela que la mayoría de las gestantes tienen un IMC dentro del rango normal, lo cual es positivo para el bienestar materno y neonatal. No obstante, el significativo porcentaje de gestantes con bajo peso destaca la necesidad de una



vigilancia prenatal cuidadosa y el uso del monitoreo electrónico fetal para mitigar los riesgos asociados con el bajo estado nutricional. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar las necesidades nutricionales de las gestantes y asegurar que todas las mujeres reciban la atención necesaria para optimizar los resultados de salud tanto para ellas como para sus recién nacidos.

Tabla 5

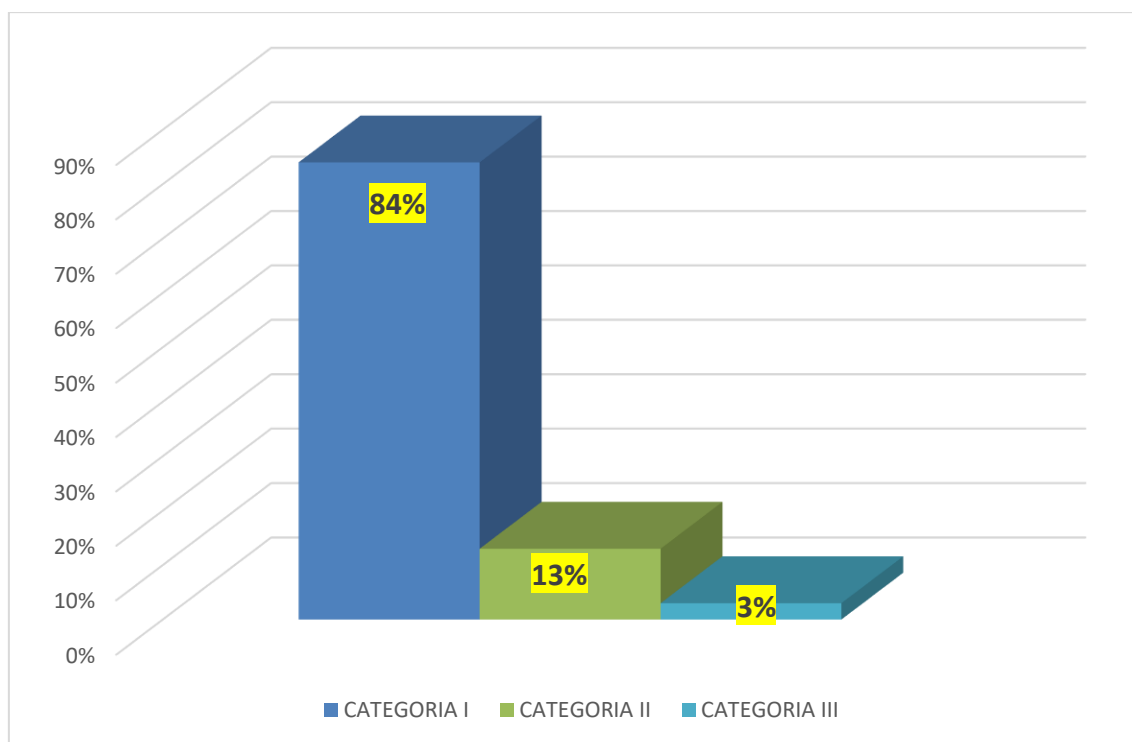
Resultados del monitoreo electrónico fetal intraparto del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

RESULTADOS	fi	%
CATEGORIA I	65	84,0
CATEGORIA II	10	13,0
CATEGORIA III	2	3,0
TOTAL	77	100,0

fuentes. Ficha de recolección de datos

Figura 5

Resultados del monitoreo electrónico fetal intraparto del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



fuentes. Tabla 5



INTERPRETACIÓN

El análisis de los registros de monitoreo electrónico fetal intraparto en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; durante el periodo de enero a marzo de 2024, según los resultados categorizados del monitoreo, muestra la siguiente distribución:

Categoría I: El 84% de registros se clasificaron como Categoría I. Esta categoría indica una traza fetal normal, sin signos de hipoxia o acidosis fetal. La alta proporción de registros en esta categoría sugiere que la mayoría de los fetos monitoreados durante el trabajo de parto estaban en condiciones saludables, con patrones de frecuencia cardíaca fetal tranquilizadores. Esto es un indicativo positivo del bienestar fetal en la mayoría de los casos y refleja la eficacia del monitoreo para confirmar la normalidad en la mayoría de los partos.

Categoría II: El 13% de registros se clasificaron como Categoría II, que representa una traza fetal indeterminada. Estas trazas no son concluyentes para determinar si existe hipoxia o acidosis fetal y, por lo tanto, requieren una vigilancia más estrecha y posiblemente intervenciones adicionales para evaluar el bienestar fetal. La presencia significativa de esta categoría indica la necesidad de una evaluación continua y adecuada con el fin de asegurar que cualquier cambio en la condición fetal sea detectado y manejado oportunamente.

Categoría III: El 3% de registros se clasificaron como Categoría III, indicando una traza fetal anormal con alta probabilidad de hipoxia o acidosis fetal. Esta categoría sugiere un riesgo significativo de complicaciones fetales, y requiere intervenciones inmediatas para prevenir resultados adversos para el recién nacido. Aunque es un porcentaje menor, la presencia de trazas en Categoría III destaca la importancia



crítica del monitoreo electrónico fetal para identificar y responder rápidamente a situaciones de emergencia fetal.

En resumen, la distribución muestra que la gran mayoría de los fetos monitoreados estaban en condiciones normales, lo que es un indicativo positivo del bienestar fetal general durante el periodo de estudio. Sin embargo, la presencia de trazas indeterminadas y anormales (Categorías II y III) resalta la importancia de la vigilancia continua para asegurar resultados perinatales óptimos. Estos hallazgos indican la importancia del monitoreo electrónico fetal como una herramienta esencial en la evaluación y manejo.

Tabla 6

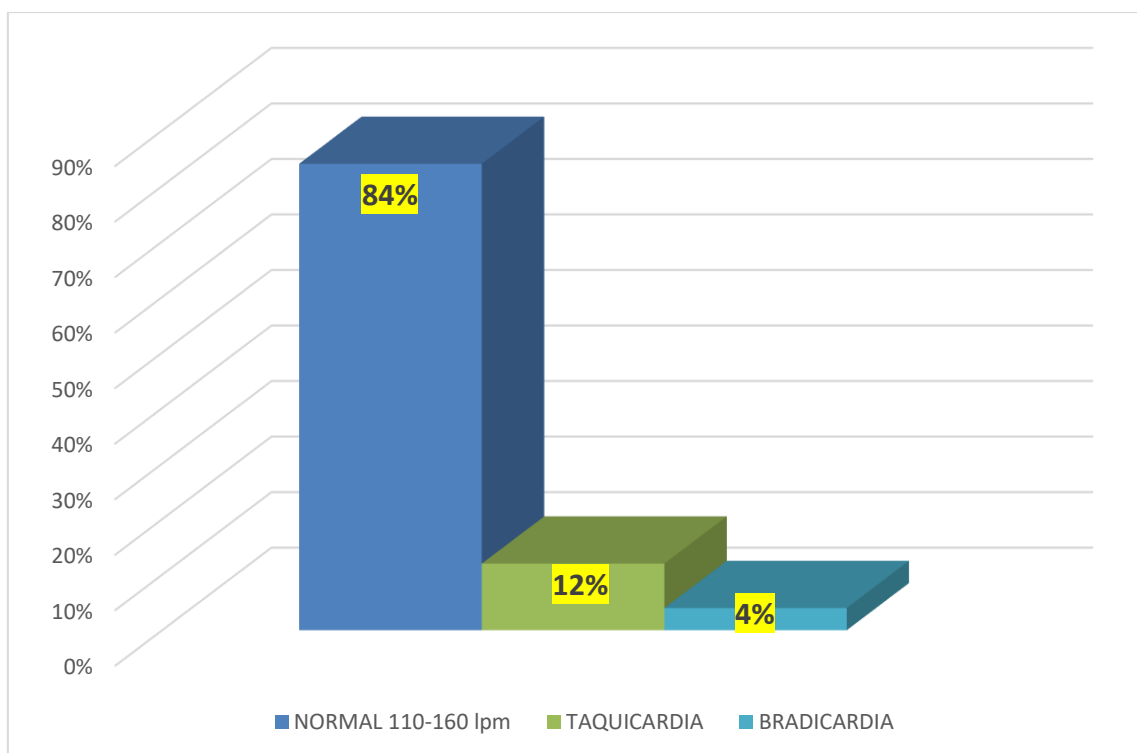
Hallazgos cardiocográficos según la línea base en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

LINEA DE BASE	fi	%
NORMAL	65	84,0
TAQUICARDIA	9	12,0
BRADICARDIA	3	4,0
TOTAL	77	100,0

fuentes. Ficha de recolección de datos

Figura 6

Hallazgos cardiocográficos según la línea base en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



fuentes. Tabla 6



INTERPRETACIÓN

El análisis de los hallazgos cardiotocográficos del monitoreo electrónico fetal en el centro de salud Cono Sur de Juliaca 2024, según la línea basal muestra la siguiente distribución:

Normal (110-160 latidos por minuto): El 84% de los registros de monitoreo mostraron una frecuencia cardíaca fetal. Esta alta proporción indica que la mayoría de los fetos monitoreados presentaron una línea base cardíaca tranquilizadora, lo cual es un fuerte indicador de bienestar fetal. La normalidad en la línea base sugiere que los fetos están recibiendo suficiente oxígeno y no presentan signos de estrés significativo durante el trabajo de parto.

Taquicardia (>160 latidos por minuto): El 12% de los registros mostraron taquicardia, La taquicardia puede indicar infecciones maternas o fetales, hipoxia, o la administración de ciertos medicamentos. Aunque menos frecuente, la taquicardia requiere una vigilancia estrecha y potencialmente intervenciones adicionales para asegurar que no haya alguna complicación.

Bradycardia (<110 latidos por minuto): El 4% de los registros mostraron bradicardia, definida como una frecuencia cardíaca fetal debajo de 110 latidos por minuto. La presencia de un 4% de bradicardia subraya la importancia del monitoreo electrónico fetal para detectar y manejar estos episodios de frecuencia cardíaca anormal que pueden comprometer el bienestar fetal. un deterioro en la condición fetal.

En resumen, la distribución de la línea basal en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; revela que la mayoría de los fetos tienen una frecuencia cardíaca normal, lo cual es un indicativo positivo de su bienestar. Sin embargo, la presencia de



taquicardia y bradicardia en una proporción significativa de casos resalta la necesidad crucial de una vigilancia continua y una respuesta para manejar estas desviaciones y asegurar resultados perinatales óptimos.

Tabla 7

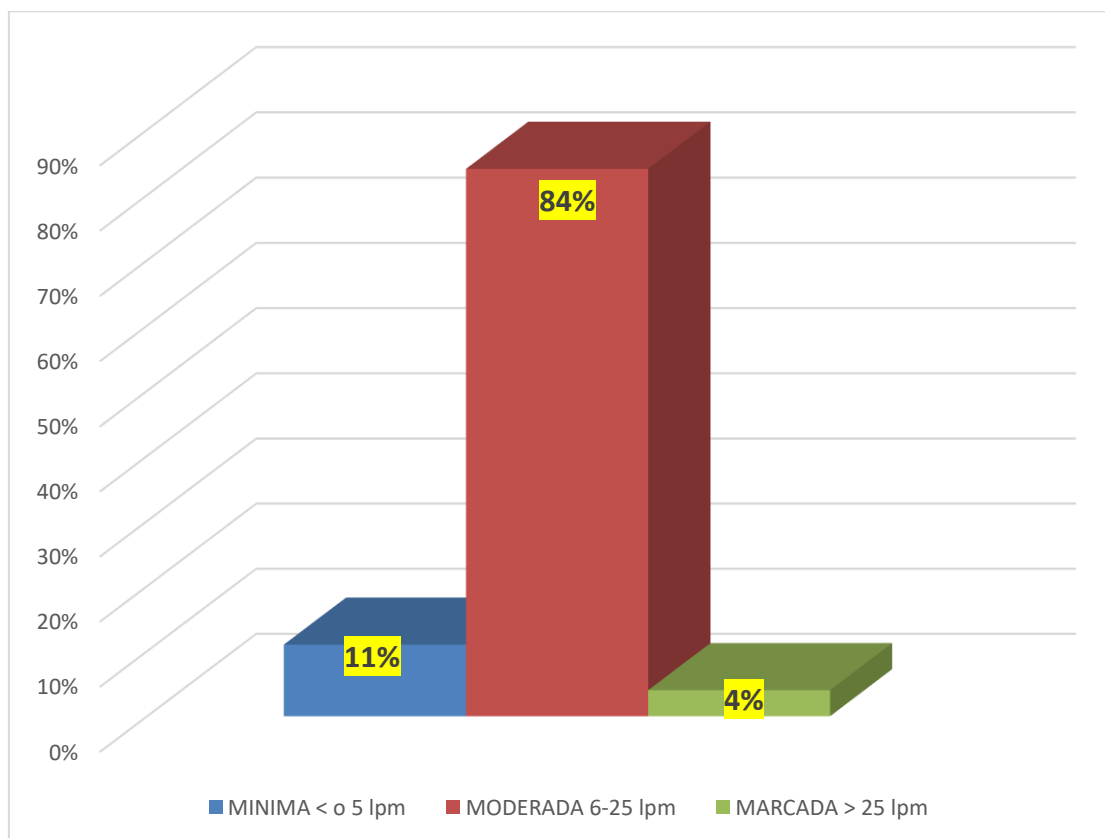
Hallazgos cardiocográficos según la variabilidad en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

VARIABILIDAD	fi	%
MÍNIMA	9	12,0
MODERADA	65	84,0
MARCADA	3	4,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 7

Hallazgos cardiocográficos según la variabilidad en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



Fuente. Tabla 7



INTERPRETACIÓN

El análisis de los hallazgos cardiotocográficos en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; durante el periodo de enero a marzo de 2024, muestra la siguiente distribución:

Variabilidad Moderada (6-25 latidos por minuto): El 84% de los registros de monitoreo mostraron una variabilidad moderada, que es considerada como el rango normal y deseable. Una variabilidad moderada indica un sistema nervioso autónomo fetal bien equilibrado y es un fuerte indicador de bienestar fetal. Esta alta proporción sugiere que la mayoría de los fetos monitoreados estaban en buenas condiciones, sin signos de estrés significativo.

Variabilidad Mínima (< o 5 latidos por minuto): El 11% de los registros mostraron una variabilidad mínima. Lo cual puede indicar hipoxia fetal, efectos de medicamentos, o sueño fetal prolongado. Este grupo también necesita una atención especial para determinar la causa subyacente y asegurar intervenciones oportunas para proteger el bienestar fetal.

Variabilidad Marcada (> 25 latidos por minuto): El 4% de los registros mostraron una variabilidad marcada. Aunque menos común, la variabilidad marcada puede estar asociada con condiciones como hipoxia aguda o una respuesta exagerada del sistema nervioso autónomo. Estos casos también requieren una vigilancia estrecha y potencialmente intervenciones para asegurar que no haya deterioro en la condición fetal.

En resumen, la distribución de la variabilidad en el centro de salud Cono Sur de



Juliaca; muestra que la gran mayoría de los fetos presentaron una variabilidad moderada, lo cual es un indicativo positivo de bienestar fetal. No obstante, la presencia de variabilidad mínima, y marcada en un porcentaje significativo de casos subraya la necesidad crucial de una vigilancia continua y una respuesta para manejar estas desviaciones y asegurar resultados perinatales óptimos.

Tabla 8

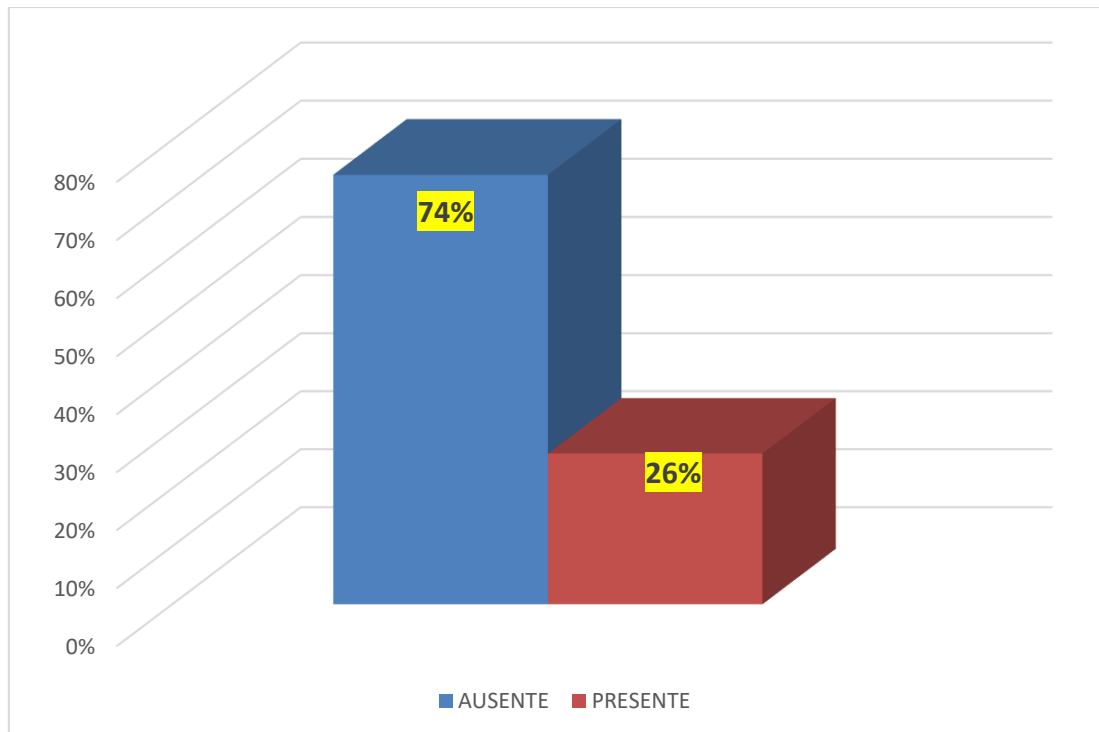
Hallazgos cardiotocográficos según las aceleraciones en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

ACELERACIONES	fi	%
AUSENTE	57	74,0
PRESENTE	20	26,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 8

Hallazgos cardiotocográficos según las aceleraciones en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



Fuente. Tabla 8



INTERPRETACIÓN

El análisis cardiotocográfico del monitoreo fetal intraparto en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; durante el periodo de enero a marzo de 2024, muestra la siguiente distribución:

Aceleraciones Ausentes: El 74% de los registros de monitoreo mostraron la falta de aceleraciones puede ser un indicativo de una respuesta de un estado de hipoxia. Aunque no siempre es un signo de patología, la ausencia de aceleraciones requiere una evaluación más detallada y un monitoreo continuo para asegurar que no haya deterioro en el bienestar fetal. Este alto porcentaje sugiere que la mayoría de los fetos no presentaron episodios de aceleración, lo cual podría ser motivo de preocupación y debe ser interpretado en el contexto de otros parámetros cardiotocográficos.

Aceleraciones Presentes: El 26% de los registros mostraron la presencia de aceleraciones. Las cuales son considerados un signo positivo de bienestar fetal, indicando una respuesta normal y una buena oxigenación. La presencia de aceleraciones en este grupo, aunque menor en comparación con la ausencia, es un indicativo tranquilizador de que estos fetos respondieron adecuadamente a estímulos, mostrando una condición saludable.

En resumen, la distribución de las aceleraciones en los registros de monitoreo electrónico fetal intraparto, en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; revela que una gran mayoría de los fetos no presentaron aceleraciones, lo que puede requerir una mayor atención y monitoreo continuo para asegurar su bienestar. Sin embargo, el 26% de los registros con aceleraciones presentes indica un grupo de fetos con



una respuesta fisiológica adecuada, reflejando una buena condición fetal. Estos hallazgos resaltan la importancia del monitoreo electrónico fetal para detectar y evaluar en forma precisa los signos de bienestar fetal durante la labor del parto.

Tabla 9

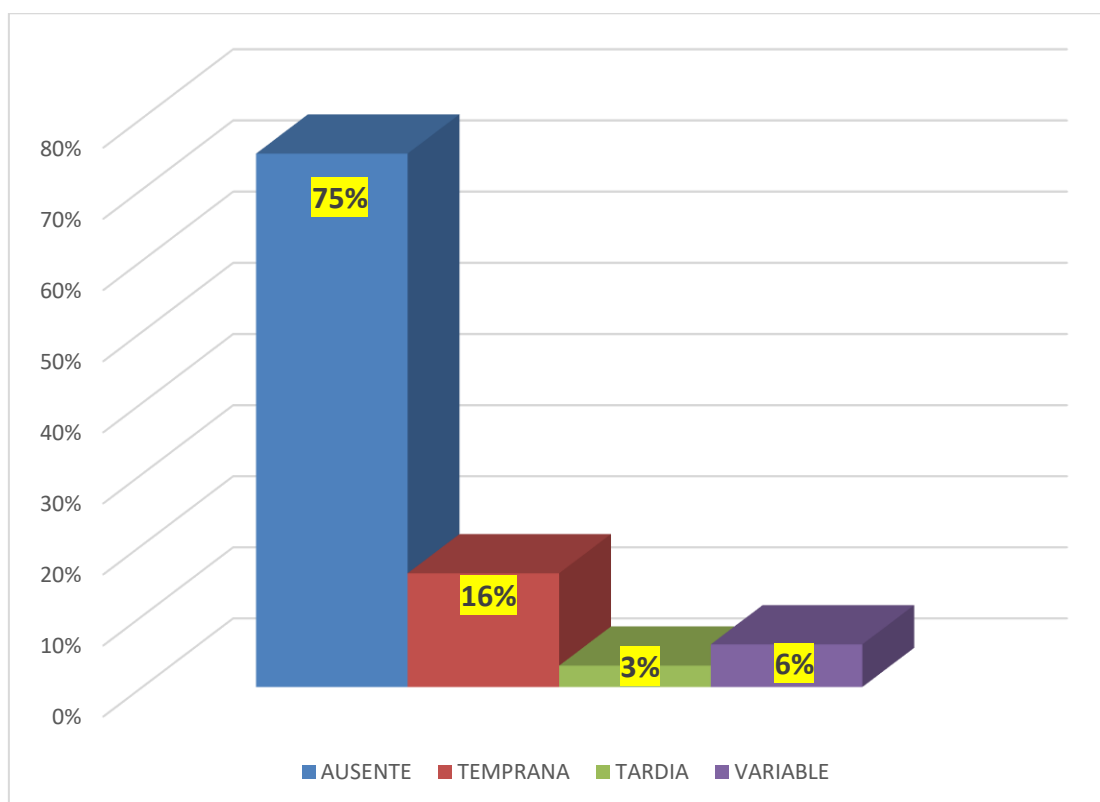
Hallazgos cardiotocográficos según las desaceleraciones en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

DESACELERACIONES	fi	%
AUSENTE	58	75,0
TEMPRANA O PRECOZ	12	16,0
TARDIA	2	3,0
VARIABLE	5	6,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 9

Hallazgos cardiotocográficos según las desaceleraciones en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



Fuente. Tabla 9



INTERPRETACIÓN

El análisis cardiotocográfico fetal intraparto en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; durante el periodo de enero a marzo de 2024, según, muestra la siguiente distribución:

Desaceleraciones Ausentes: El 75% de los registros de monitoreo no mostraron la ausencia de desaceleraciones, lo cual es un indicador positivo del bienestar fetal, sugiriendo que no hubo episodios de compresión del cordón umbilical ni hipoxia fetal significativa durante el monitoreo. Esta alta proporción sugiere que la mayoría de los fetos monitoreados estuvieron en condiciones saludables durante el trabajo de parto.

Desaceleraciones Tempranas o Precoces: El 16% de los registros mostraron desaceleraciones tempranas, que generalmente son benignas y ocurren en sincronía con las contracciones uterinas debido a la compresión de la cabeza fetal. Estas desaceleraciones no suelen ser indicativas de hipoxia y, en general, no requieren intervención médica significativa. La presencia de desaceleraciones tempranas en este grupo refleja una respuesta fisiológica normal durante el trabajo de parto.

Desaceleraciones Tardías: El 3% de los registros mostraron desaceleraciones tardías, que son más preocupantes ya que suelen indicar insuficiencia placentaria y posible hipoxia fetal. Estas desaceleraciones ocurren después del pico de la contracción uterina y requieren una evaluación inmediata y posible intervención para prevenir el deterioro del bienestar fetal. Aunque es un porcentaje menor, la presencia de desaceleraciones tardías destaca la importancia del monitoreo



continuo.

Desaceleraciones Variables: El 6% de los registros mostraron desaceleraciones variables, que pueden ser causadas por compresión del cordón umbilical y pueden variar en profundidad, duración y relación con las contracciones. Las desaceleraciones variables pueden indicar estrés fetal y requieren una evaluación continua para determinar la necesidad de intervención. Este porcentaje significativo sugiere que una parte considerable de los fetos experimentó episodios de estrés intermitente durante el trabajo de parto.

En resumen, la distribución de las desaceleraciones en los registros de monitoreo electrónico fetal en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; muestra que la mayoría de los fetos no presentaron desaceleraciones, lo cual es un indicador positivo de bienestar fetal. Sin embargo, la presencia de desaceleraciones tempranas, tardías, variables en una proporción significativa de casos subraya la necesidad crucial de una vigilancia continua y una respuesta rápida por parte del personal de salud para manejar estos eventos y asegurar resultados perinatales óptimos. Estos hallazgos enfatizan la importancia del monitoreo electrónico fetal como una herramienta esencial.

Tabla 10

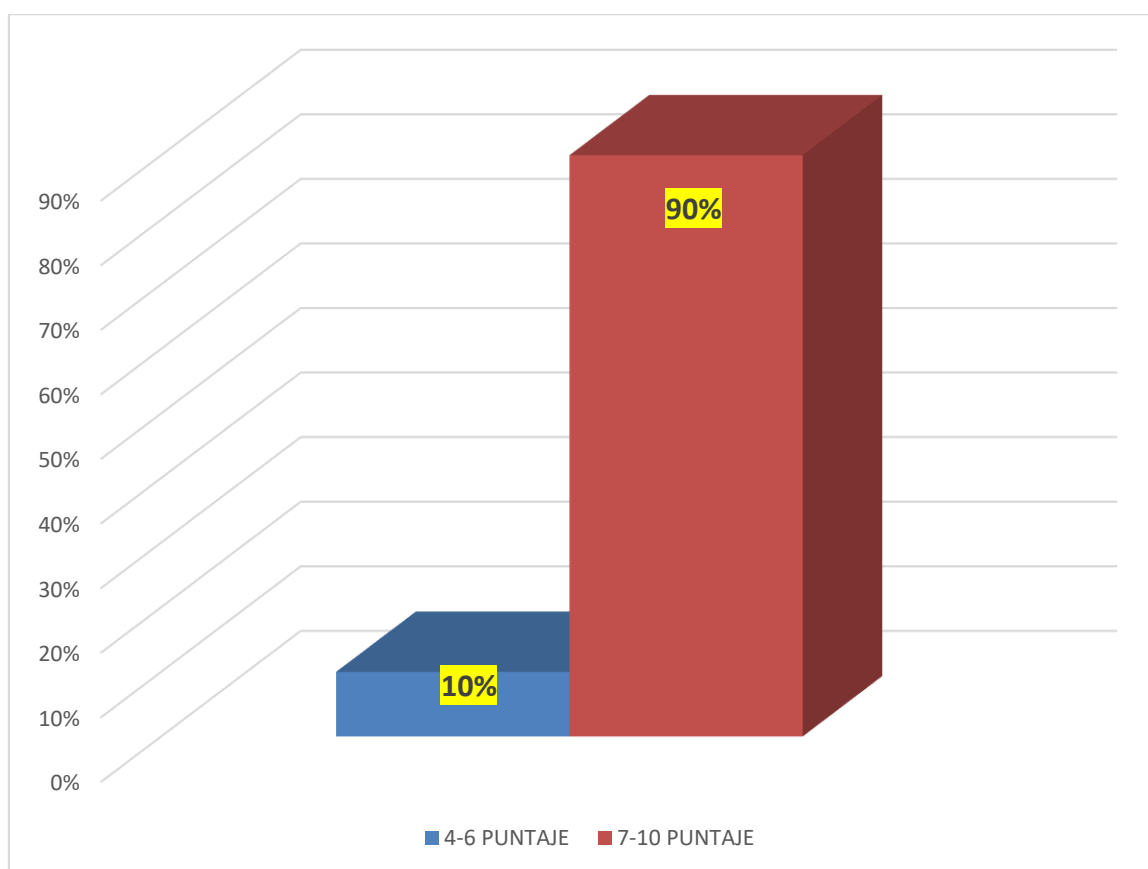
Evaluación del test de Apgar al minuto del recién nacido en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

APGAR 1 MIN	fi	%
4-6 PUNTAJE	8	10,0
7-10 PUNTAJE	69	90,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 10

Evaluación del test de Apgar al minuto del recién nacido en el Centro de salud cono sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



Fuente. Tabla 10



INTERPRETACIÓN.

El análisis de los resultados; durante el periodo de enero a marzo de 2024, muestra la siguiente distribución según las desaceleraciones cardiotocográficas:

Apgar 4-6: indicador de depresión moderada del recién nacido.

Apgar 7-10 (Indicador de bienestar del recién nacido):

Desaceleraciones Tempranas o Precoces (18%): Las desaceleraciones tempranas suelen ser benignas, y aunque requieren atención, no son generalmente indicativas de hipoxia.

Desaceleraciones Tardías (3%): Estos recién nacidos presentan mayor riesgo de hipoxia y complicaciones, lo que puede reflejarse en un Apgar de 4 a 6. Las desaceleraciones tardías requieren intervención médica para mejorar los resultados neonatales.

Desaceleraciones Variables (6%): Los recién nacidos con desaceleraciones variables pueden tener Apgar bajo en este rango debido a la compresión del cordón umbilical y episodios intermitentes de estrés fetal. La variabilidad en las desaceleraciones sugiere la necesidad de monitoreo continuo y posibles intervenciones.

Ausencia de Desaceleraciones (73%): La mayoría de los recién nacidos que no presentaron desaceleraciones probablemente tuvieron un Apgar mayor de 7, indicando un buen estado de salud. La ausencia de desaceleraciones es un fuerte indicador de bienestar fetal y sugiere que los neonatos estaban en condiciones óptimas al nacer.



En resumen, la valoración del Apgar al minuto muestra que la mayoría de los neonatos que no presentaron desaceleraciones durante el monitoreo fetal intraparto tenían un Apgar elevado, indicando buen estado de salud, sin embargo, se asocia con puntuaciones más bajas en el Apgar, sugiriendo diferentes grados de compromiso fetal que requieren atención médica inmediata.



Tabla 11

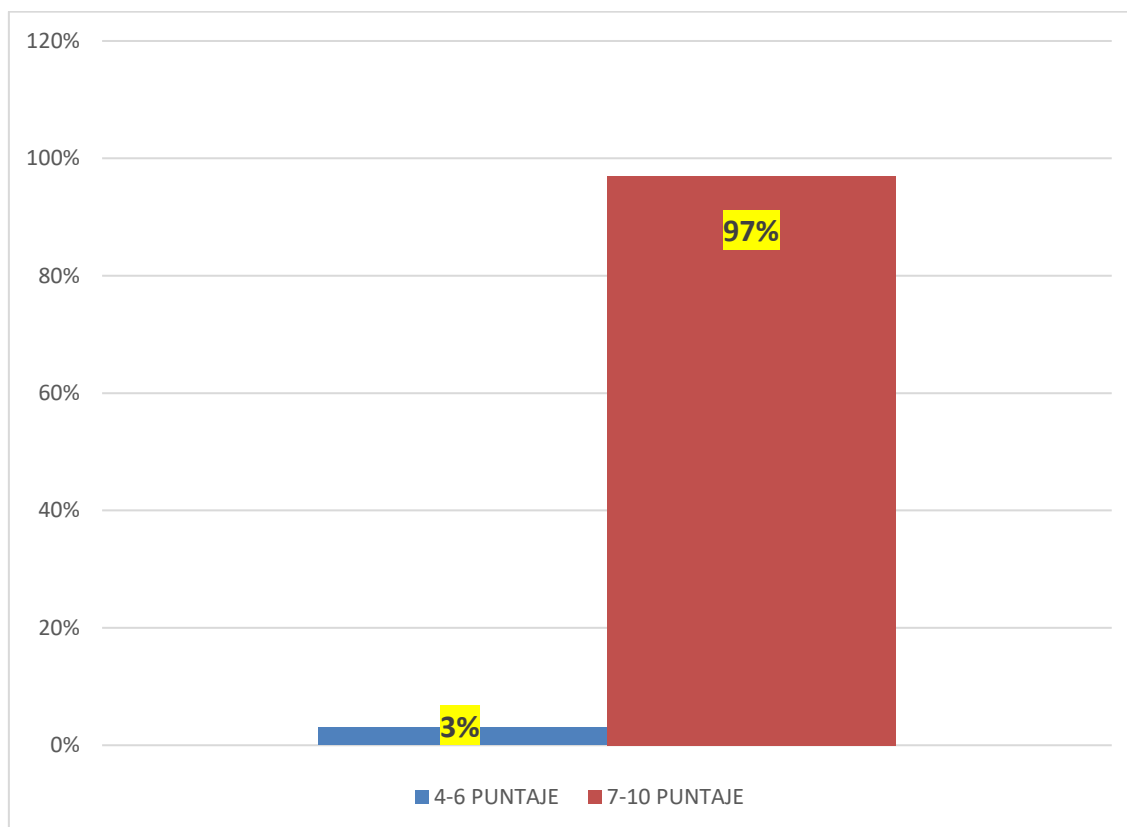
Evaluación del test de Apgar a los 5 minutos del recién nacido del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

APGAR 5 MIN	fi	%
4-6 PUNTAJE	2	3,0
7-10 PUNTAJE	75	97,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 11

Evaluación del test de Apgar a los 5 minutos del recién nacido del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



Fuente. Tabla 11



INTERPRETACIÓN. El análisis del resultado; durante el periodo de enero a marzo de 2024, muestra la siguiente distribución:

Apgar 4-6 (Indicador de depresión Moderada): El 3% de los recién nacidos obtuvo un puntaje de Apgar de 4 a 6 a los 5 minutos después del nacimiento. Este rango de puntaje sugiere una moderada preocupación por el estado de salud del recién nacido. Puede indicar que estos bebés pueden necesitar asistencia respiratoria o cardiaca, y posiblemente otros tipos de intervención médica inmediata para estabilizar su condición.

Apgar 7-10 (Indicador de Buen Estado de Salud): El 97% de los recién nacidos obtuvo un puntaje de Apgar de 7 a 10 a los 5 minutos después del nacimiento. Este rango de puntaje es indicativo de un buen estado de salud general del recién nacido en este rango generalmente no necesitan intervenciones urgentes y se espera que tengan una adaptación adecuada a la vida extrauterina.

En resumen, muestra que la gran mayoría de los recién nacidos durante el periodo estudiado tuvieron un buen estado de salud, reflejado en puntajes de Apgar elevados. Sin embargo, la presencia de un pequeño porcentaje de recién nacidos con puntajes de Apgar moderadamente bajos subraya la importancia de un monitoreo cercano y de intervenciones rápidas para aquellos que lo necesiten, garantizando así mejores resultados perinatales en la atención obstétrica intraparto.

Tabla 12

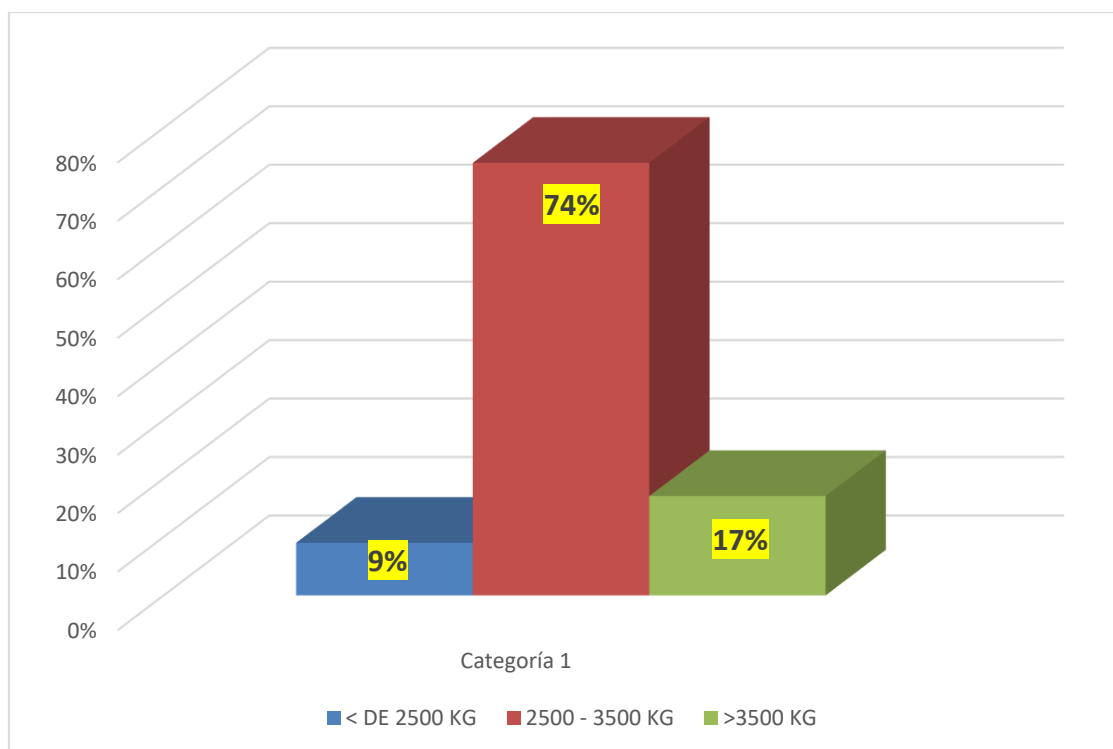
Resultado del peso del recién nacido del Centro de Salud Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024

PESO AL NACER	fi	%
BAJO PESO	7	9,0
NORMAL	57	74,0
MACROSOMICO	13	17,0
TOTAL	77	100,0

Fuente. Ficha de recolección de datos

Figura 12

Resultado del peso del recién nacido del Centro de Salud de Cono Sur de Juliaca periodo enero a marzo 2024



Fuente. Tabla 12



INTERPRETACIÓN

El análisis del resultado en las historias clínicas de las gestantes en el centro de salud Cono Sur de Juliaca; durante el periodo de enero a marzo de 2024, muestra la siguiente distribución:

Menor de 2,500 gr: El 9% tuvieron un peso inferior a 2,500 gr. Este grupo de bebés se clasifica como de bajo peso al nacer, lo cual puede estar asociado con complicaciones de salud y una mayor necesidad de atención médica especializada para prevenir problemas de salud a largo plazo.

2,500 a 3,500 gr: El 74% tuvieron un peso entre 2,500 y 3,500 gr. Esta categoría incluye la mayoría de los neonatos y se considera un rango de peso normal y saludable

para la mayoría de los nacimientos.

Mayor de 3,500 gr: El 17% tuvieron un peso superior a 3,500 gr. Este grupo se clasifica como macrosómico o de peso elevado, lo cual puede presentar riesgos durante el parto, como dificultades en la salida del bebé o trauma perinatal para la madre y el neonato.

En resumen, la distribución del peso al nacer, indica que la mayoría de los recién nacidos tuvieron un peso dentro del rango considerado saludable (2,500 a 3,500 gr). Sin embargo, la presencia de un porcentaje significativo de recién nacidos con peso menor destaca la variabilidad en los resultados perinatales. Estos hallazgos subrayan la importancia del monitoreo electrónico fetal intraparto como una herramienta clave para identificar y gestionar.



ANÁLISIS Y DISCUSION.

El estudio se realizó en el centro de salud cono sur Juliaca 2024, donde se analizaron 77 historias clínicas. Los hallazgos revelaron que las gestantes se encontraban dentro de los grupos de edad de 18 y 29 años (52%), según los registros. En contraste con los hallazgos de Albán, que destacaron una mayoría de personas entre 20 y 40 años con un 79,85%, nuestros resultados muestran un resultado diferente. Olivares, sin embargo, afirmó que el 69% de las personas tenían entre 20 y 34 años.

El 84% mostró ritmo cardíaco fetal normal, mientras que el 4% tenía una frecuencia cardíaca inicial superior a 160 latidos por minuto y el 12% tenía una frecuencia cardíaca inicial inferior a 110 latidos por minuto. Albán también encontró resultados comparables para una línea de base estándar, con un 95,35% alineándose con la categoría I. Olivares logró resultados más bajos dentro de la línea de base normal de 110-160 latidos por minuto con un 67,7% dentro del rango normal para el monitoreo. Monitorizar el corazón del feto y otros signos vitales mediante equipos electrónicos durante el parto.

Además, el 84% mostró una variabilidad de 6-25 latidos por minuto, mientras que el 11% mostró una variabilidad de ≤ 5 latidos por minuto. Y los resultados de Albán fueron inferiores.



CONCLUSIONES

PRIMERA. Los datos analizados indican resultados con patrones normales en un 84% indica asociación con el bienestar del nacido. El monitoreo continuo permite la detección temprana de anomalías en el ritmo cardíaco del feto, lo cual facilita intervenciones oportunas y adecuadas que mejoran los resultados perinatales.

SEGUNDA. En el trabajo se describió las características demográficas, donde la mayoría de las gestantes monitoreadas en el Centro de Salud Cono Sur de Juliaca durante el periodo de enero a marzo 2024, donde la mayoría de las gestantes tenían entre 18 y 29 años representando el 52%. La ocupación predominante es ama de casa, representando el 61% de la muestra. Una gran mayoría de las gestantes tuvieron un peso normal representando el 78%.

TERCERA. En el trabajo se describió las características del monitoreo donde la mayoría mostraron variabilidad moderada y frecuencia cardíaca fetal normal, indicando buena salud fetal. Sin embargo, hubo una proporción de casos con desaceleraciones precoces, variables y tardías, lo que resalta la necesidad de monitoreo continuo para identificar y manejar situaciones de estrés fetal.

CUARTA. En el trabajo se describió las características generales del bienestar del nacido; donde el 90% tuvo un puntaje mayor a 7 a los 5 minutos, lo cual indica un buen estado de salud. Y el 74% tuvieron un peso normal (2,500 a 3,500 kg), lo que sugiere una vinculación entre la vigilancia efectiva y con el bienestar neonatal.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. Al jefe se recomienda mantener y mejorar la implementación del equipo de monitoreo electrónico fetal en el Centro de Salud Cono Sur, asegurando que todos los partos sean monitoreados continuamente para detectar y responder a cualquier signo de distrés fetal de manera oportuna.

SEGUNDA. Al jefe servicio de obstetricia del centro de salud cono sur, se recomienda programar capacitaciones al personal en la interpretación de los registros de monitoreo electrónico fetal y en la toma de decisiones rápidas y efectivas ante cualquier anomalía detectada, para asegurar intervenciones adecuadas que promuevan el bienestar del recién nacido.

TERCERA. Al personal profesional, del área de internamiento del centro de salud cono sur se recomienda establecer protocolos de evaluación y seguimiento para los casos que presenten desaceleraciones variables, tardías o prolongadas, así como para los recién nacidos con puntajes de Apgar bajos o peso anormal al nacer, garantizando una atención integral y continua hasta que el recién nacido esté completamente estabilizado.

CUARTA: Al personal profesional del centro de salud cono sur se recomienda, realizar estudios periódicos para comprobar su efectividad del monitoreo electrónico fetal, adaptando las estrategias y protocolos según los hallazgos para mejorar continuamente la calidad de la atención obstétrica.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albán B. El monitoreo fetal electrónico durante la labor de parto y su relación con el Apgar al nacimiento de neonatos. [Tesis pregrado]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2017.
2. Salazar Z. Castro B. Cesárea por monitorización cardiotocográfica fetal no satisfactoria. Rev. Fac. Cien. Méd. Univ. Cuenca. 2013.
3. Chávez P. y Vélez E. monitoreo fetal intraparto patológico y su relación con el Apgar neonatal en pacientes atendidas en el centro obstétrico del hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán Ecuador 2013
4. Olivares L. Valor del monitoreo fetal electrónico intraparto en el diagnóstico del sufrimiento fetal agudo en el Hospital III Iquitos de Es Salud, 2016. [Tesis para optar el título de médico]. Lima: Universidad Científica del Perú; 2016
5. Valenzuela L. Monitoreo fetal intraparto y su relación con el Apgar del recién nacido en el Hospital II Huamanga Es salud, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, 2015. [Tesis para optar el título de médico]
6. Casanova S. Relación entre el Monitoreo electrónico fetal intraparto en gestantes a término y sufrimiento fetal en el Hospital Regional de Loreto. Universidad Científica del Perú, 2014 [tesis para optar el título de médico].
7. Valdivia Huamán A, Kassushi A. La efectividad del uso del MEFI para diagnosticar sufrimiento fetal. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2013.
8. Cotrina R. Relación entre monitoreo fetal electrónico y bienestar del recién nacido en el centro de salud "Carlos Showing Ferrari", [Tesis para optar el



título de especialidad] 2015.

9. OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del Trabajo de Parto. ISBN 978 92 4 350736 1. Traducido al español, revisado y editado por el Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR de la 51 OPS/OMS Ginebra 27, Suiza. 2015. Consulta 27.06.18. http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf
10. Guía de procedimiento asistencial de monitoreo electrónico fetal – instituto de gestión de servicios de salud Hospital Cayetano Heredia 2014
11. Albán Espíndola VE. El monitoreo electrónico durante la labor de parto y su relación con el Apgar al nacimiento de neonatos. [Tesis de licenciatura]. 2017
12. Valdés E. Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo. Rev. Chil. Obst. Gineco. 2003;68(5):411-9
13. Aspilcueta C, Narváez S. Categoría de monitoreo electrónico fetal intraparto y Apgar del recién nacido. Hospital Nacional Sergio Bernales 2016. [Tesis para optar el título profesional de obstetra]. Perú: Universidad Privada arzobispo Loayza.2017
14. Alvarado J. Apuntes de Neonatología. Lima: Apuntes Médicos del Perú; 2015. p. 159-260.
15. Vilcapaza Y, Factores de Riesgo Asociados a Puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo, Julio del 2015 a diciembre del 2016. [Tesis para optar el título de médico cirujana]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2017



..

ANEXOS



ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código n° Fecha.....

CARACTERISTICAS GENERALES:

1.- Edad.....2.- Ocupación.....

3.- Edad gestacional de la gestante:

A término >37 sem.....pretermino< 37 sem

4.- Estado nutricional de la gestante:

IMC <18.5.....IMC>18.5 – 24.9.....

DATOS DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL:

1.- Resultados:

Categoría I..... Categoría II.....Categoría III.....

2.- Línea de base:

< 110 lpm 110 a 160 lpm >160 lpm.....

3.- Variabilidad:

0-5 lpm..... 6 – 25 lpm.....>160 lpm.....

4.- Aceleraciones:

ausente..... ausente tras estimulación.....presentes.....

5.- Desaceleraciones:

presentes<50%.....presentes>50%....., ausentes.....

DATOS DEL BIENESTAR DEL RECIEN NACIDO

Puntaje de Apgar 1 min 5 min

< 3

4 a 6

7 a 10

Peso del recién nacido

<2500 gr.2500 a 3500 gr.....>3500 gr.....



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 14-10-2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: CLAUDIA EULALIA MAMANI CANAZA

Dirección: AVENIDA AVIACIÓN MZ D2 LT 2 URB. SANTA ADRIANA - JULIACA

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 02431427

Teléfono: 948181819 email: eulaliaclau@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: _____

Título o Grado Académico a optar: TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN VITALIDAD FETAL

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO ASOCIADO CON EL BIENESTAR
DEL RECIÉN NACIDO EN EL CENTRO DE SALUD CONO SUR PERIODO ENERO
MARZO JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Monitoreo fetal, intraparto, bienestar del recién nacido

Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2?}

2

Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo
 No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG05

Firma de Autor



huella digital

14-10-2024

Fecha