



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO
A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN
PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. DAYANA DIOSELINE ITO CAPRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO
A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN
PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. DAYANA DIOSELINE ITO CAPRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR DE TESIS

:


Mgtr. SANTIAGO CRISTÓBAL QUISPE PARI

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: MEDICINA CLÍNICA P09



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N° 515-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 30 de junio del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025-4683 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller **ITO CAPRA DAYANA DIOSELINE** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- * **1er. Miembro** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor (a)** : Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : JUEVES 03 DE JULIO DEL 2025
HORA : 14:00 HORAS
LOCAL : SALÓN DE GRADOS

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Dra. *Ingrid Liz Quispe Ticona*
DECANA (a)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N° 998 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 12 de agosto del 2024

VISTOS:

El Informe N° 068-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 30 de julio de la E.P. de Medicina Humana, folio 0000033;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **ITO CAPRA DAYANA DIOSELINE** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 287 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **ITO CAPRA DAYANA DIOSELINE**, para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: MEDICINA HUMANA,



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
DRA. ARGAS ONOFRE
2024
DECANA



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 284-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 07 de mayo del 2025

VISTOS:

El Informe N° 084-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 05 de mayo del egresado (a): **ITO CAPRA DAYANA DIOSELINE** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

- * **Asesor (a)** : **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a): **ITO CAPRA DAYANA DIOSELINE**; para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO**: Con la tesis titulado: **MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA CLINICA P09**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

Dra. Ingrid Liz Quispe Ticona
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CEP: 34210

Distribución: Decanato, EP: MVZ Archivo.



MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante | 11% |
| 2 | Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante | 1% |
| 3 | repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 4 | repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet | <1% |
| 5 | repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet | <1% |
| 6 | repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet | <1% |
| 7 | María Palacios Guillem. "Propuesta de un nuevo procedimiento basado en la norma ISO 9001 para la gestión conjunta de la norma | <1% |



Metadatos complementarios - UANCV

| Título de la Tesis | |
|---|---|
| MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023 | |
| Datos de autor | |
| Nombres y apellidos | DAYANA DIOSELINE ITO CAPRA |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 70076008 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0009-0003-7522-106X |
| Datos del asesor | |
| Nombres y apellidos | SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 02379055 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0001-7050-4608 |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y apellidos | MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 02405808 |
| Miembro del jurado 1 | |
| Nombres y apellidos | ELIZABETH VARGAS ONOFRE |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 29216323 |
| Miembro del jurado 2 | |
| Nombres y apellidos | SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 01297921 |

| Datos de investigación | |
|--|---|
| Línea de investigación | MEDICINA CLÍNICA - P09 |
| Grupo de investigación | No aplica. |
| Agencia de financiamiento | Sin financiamiento. |
| Ubicación geográfica de la investigación | <p>Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Longitud oeste: - 15.840668917553336 Latitud sur: -70.02238172314556</p>  <p>URL: https://goo.su/pmU0luh</p> |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | Enero 2023 – diciembre 2024 |
| URL de disciplinas OCDE | <p>Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</p> <p>Medicina básica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.01.00</p> |
| - Librería | |

UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CERDAS VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]
Dra. María Amparo del Pilar Chambi Catacora
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo DAYANA DIOSELIN ITO CAPRA, identificado con DNI

Nro. **70076008**, en mi condición de egresado de:

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

MEDICINA HUMANA

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

MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

Asesorado por: Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

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 18 de julio del 2025

Firma del Asesor
(obligatoria)

Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, quien me ha guiado por el camino correcto. Por ser mi fuente de fortaleza en los momentos más difíciles, enseñándome a enfrentar las adversidades con valentía, dignidad y fe inquebrantable.

Para mi mamá, mi mayor heroína y siempre ahí para mí. Gracias por todos tus consejos inteligentes, tu amor infinito y por ayudarme a superar cada etapa de mi vida. Todo lo que soy, como mis creencias, mi forma de ver las cosas, quién soy por dentro, mi espíritu inquebrantable y mi valentía, proviene de ti.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, a sus autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud, por permitirme crecer profesionalmente.

A mis asesores y docentes, de la Escuela Profesional de Medicina humana, por su guía invaluable, y a mis compañeros, por su amistad y aliento constante.

Este logro es el resultado del apoyo de todos ustedes.



ÍNDICE GENERAL

| | |
|-------------------------|------|
| DEDICATORIA..... | iii |
| AGRADECIMIENTO..... | iv |
| ÍNDICE GENERAL..... | v |
| ÍNDICE DE TABLAS | viii |
| ÍNDICE DE FIGURAS | x |
| RESUMEN | xii |
| ABSTRACT | xiv |
| INTRODUCCIÓN | xvi |

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

| | |
|---|---|
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.1.1. Problema general..... | 3 |
| 1.1.2. Problemas específicos:..... | 3 |
| 1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO | 4 |
| 1.2.1. Justificación teórica..... | 4 |
| 1.2.2. Justificación practica..... | 4 |
| 1.2.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA..... | 5 |
| 1.3. OBJETIVOS | 5 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 5 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 6 |
| 1.4. Hipótesis | 6 |
| 1.4.1. Hipótesis general | 6 |
| 1.4.2. Hipótesis específicas | 6 |
| 1.5. Variables | 7 |
| 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 8 |



CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 9

 2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL 9

 2.1.2. A NIVEL NACIONAL..... 13

 2.1.3. A NIVEL REGIONAL..... 18

2.2. MARCO TEÓRICO 22

 2.2.1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES 22

 2.2.2. Edad 23

 2.2.3. Edad gestacional 23

 2.2.4. Estado civil..... 23

 2.2.5. Grado de instrucción..... 24

 2.2.6. Numero de gestaciones 24

 2.2.7. Componentes del Monitoreo Fetal Electrónico 25

 2.2.8. Línea de base 25

 2.2.9. Variaciones de la línea de base 25

 2.2.10. Variabilidad..... 26

 2.2.11. Aceleración..... 27

 2.2.12. Desaceleración..... 28

 2.2.13. Movimientos fetales..... 29

 2.2.14. Contracciones uterinas..... 30

 2.2.15. Vía de culminación del parto 31

 2.2.16. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL 31

2.3. MARCO CONCEPTUAL 32

 2.3.1. Monitoreo fetal electrónico 32

 2.3.2. Parto 33

 2.3.3. Parto vaginal 33

 2.3.4. Vía de culminación del parto..... 33

CAPÍTULO III
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: 34

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:..... 34



| | | |
|--------|--|----|
| 3.3. | MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN | 35 |
| 3.4. | POBLACIÓN Y MUESTRA | 35 |
| 3.4.1. | Población: | 35 |
| 3.4.2. | Muestra: | 35 |
| 3.5. | TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN .. | 36 |
| 3.5.1. | Técnica: | 36 |
| 3.5.2. | Instrumentos | 36 |
| 3.6. | PLAN DE RECOLECCIÓN Y Procesamiento de DATOS | 36 |
| 3.7. | VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO | 37 |
| 3.7.1. | Validación | 37 |
| 3.7.2. | Confiabilidad | 37 |

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | | |
|------|---|-----|
| 4.1. | RESULTADOS..... | 35 |
| | CONCLUSIONES..... | 85 |
| | RECOMENDACIONES | 88 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 90 |
| | ANEXOS | 96 |
| | ANEXO 01 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS | 97 |
| | ANEXO 02 MATRIZ DE CONSISTENCIA..... | 102 |
| | ANEXO 03 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 104 |
| | ANEXO 04 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO | 106 |
| | ANEXO 05 AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN..... | 112 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabla 1. | Edad materna y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca..... | 36 |
| Tabla 2. | Grado de instrucción y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 40 |
| Tabla 3. | Estado civil y su relación de vía de terminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 44 |
| Tabla 4. | Número de gestaciones y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 48 |
| Tabla 5. | Edad gestacional y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 52 |
| Tabla 6. | Línea de base de la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 56 |
| Tabla 7. | Variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 60 |
| Tabla 8. | Presencia de aceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 64 |
| Tabla 9. | Presencia de desaceleraciones tipo II y III en la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 68 |



| | | |
|-----------|--|----|
| Tabla 10. | Frecuencia de movimientos fetales y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 72 |
| Tabla 11. | Frecuencia de contracciones uterinas y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 76 |
| Tabla 12. | Culminación de la vía del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 80 |



ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1. | Edad materna y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca..... | 37 |
| Figura 2. | Grado de instrucción y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 41 |
| Figura 3. | Estado civil y su relación de vía de terminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 45 |
| Figura 4. | Número de gestaciones y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 49 |
| Figura 5. | Edad gestacional y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 53 |
| Figura 6. | Línea de base de la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 57 |
| Figura 7. | Variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 61 |
| Figura 8. | Presencia de aceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 65 |
| Figura 9. | Presencia de desaceleraciones tipo II y III en la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 69 |



| | | |
|------------|--|----|
| Figura 10. | Frecuencia de movimientos fetales y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 73 |
| Figura 11. | Frecuencia de contracciones uterinas y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 77 |
| Figura 12. | Culminación de la vía del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023..... | 81 |



RESUMEN

Objetivo: Determinar la monitorización fetal electrónica, y relación con la culminación de la vía del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2023. **Metodología:** Este estudio se caracterizó por un diseño no experimental, descriptiva, analítica y transversal. Se obtuvo una muestra de 120 mujeres embarazadas a partir de datos censales. Se empleó el análisis estadístico de chi-cuadrado para evaluar la significancia de la asociación entre variables sociodemográficas y clínicas en relación con el modo de parto. **Resultados:** Del total de gestantes, el 68.3% culminaron por vía vaginal y el 31.7% por cesárea. El grupo predominante fue el de 18 a 35 años (55.8%). El análisis estadístico mostró que no existe una relación significativa entre la vía del parto y las variables: edad materna ($p=0.841$), grado de instrucción ($p=0.753$), estado civil ($p=0.259$) y número de gestaciones ($p=0.938$). Sin embargo, sí se encontró relación estadísticamente significativa con la edad gestacional ($p=0.001$), la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal ($p=0.00000003$), la variabilidad ($p=0.0000000001$), la presencia de aceleraciones ($p=0.000000006$), las desaceleraciones tipo II y III ($p=0.000000004$) y la frecuencia de contracciones uterinas ($p=0.0000000000000000002$). Estas variables clínicas del monitoreo fetal electrónico muestran asociación significativa con la culminación de la vía del parto. **Conclusión:** Se determinó que la monitorización fetal electrónica no presentó una relación estadísticamente significativa con la culminación de la vía del parto en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023. Esto se reflejó en un p-valor de 0.841, superior al nivel de significancia del 5%. Por lo tanto, se rechaza parcialmente la hipótesis planteada, lo que indica que las características del monitoreo fetal no se



relacionan directamente en la decisión entre parto vaginal o cesárea bajo las condiciones estudiadas.

Palabras clave: Monitorización fetal, vía de culminación del parto, bienestar fetal, Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.



ABSTRACT

Objective: To determine electronic fetal monitoring and its relationship with the completion of the delivery route in patients at Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca, 2023. **Methodology:** This study was characterized as a non-experimental, descriptive. A sample of 120 pregnant women was obtained from census data. Chi-square statistical analysis was employed to assess the significance of the association between sociodemographic and clinical variables in relation to the mode of delivery. **Results:** Of the total sample, 68.3% of deliveries were vaginal and 31.7% were cesarean sections. The predominant age group was 18 to 35 years (55.8%). The statistical analysis showed no significant relationship between delivery route and maternal age ($p=0.841$), educational level ($p=0.753$), marital status ($p=0.259$), or number of pregnancies ($p=0.938$). However, significant associations were found with gestational age ($p=0.0005$), baseline fetal heart rate ($p=0.00000003$), variability ($p=0.0000000001$), presence of accelerations ($p=0.000000006$), decelerations type II and III ($p=0.000000004$), and frequency of uterine contractions ($p=0.000000000000000002$). These clinical parameters of electronic fetal monitoring showed a statistically substantial suggestion with the mode of delivery. **Conclusion:** It was determined that electronic fetal monitoring did not present a statistically significant relationship with the completion of the delivery route at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca in 2023. This was reflected in a p-value of 0.841, higher than the 5% significance level. Therefore, the proposed hypothesis is partially rejected, indicating that the characteristics of fetal monitoring are not directly related to the decision between vaginal delivery or cesarean section under the conditions studied.



Keywords: Fetal monitoring, delivery pathway, fetal well-being, Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca.



INTRODUCCIÓN

En un contexto global, la monitorización fetal ha sido reconocida como un medio esencial para reducir la morbilidad perinatal. A nivel local, su implementación enfrenta desafíos asociados a la disponibilidad de recursos y la capacitación del personal médico, lo que subraya la necesidad de investigaciones que respalden su uso efectivo. Esta investigación muestra cómo el uso de herramientas para monitorear a los bebés antes de nacer está relacionado con las formas de parto, como el parto natural o la cirugía. Este método es clave para verificar la salud del bebé y detectar cualquier problema que pueda dificultar el embarazo o el parto, favoreciendo la toma de decisiones clínicas oportunas.

Nuestra investigación se presenta en estos capítulos: Capítulo I describe las partes principales, como el tema del estudio, por qué lo realizamos, qué esperamos descubrir, nuestras conjeturas y qué estamos midiendo. Capítulo II abarca todas las ideas y teorías de fondo que nos ayudan a comprender mejor el estudio. Capítulo III explica cómo realizamos el estudio. Esto incluye el diseño, el tipo de estudio, a quién y qué estamos estudiando, cómo recopilamos los datos, qué herramientas utilizamos y cómo los analizamos. Capítulo IV comparte nuestros hallazgos. Presenta nuestros principales descubrimientos y concluye con su significado y las acciones que sugerimos realizar a continuación.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A NIVEL INTERNACIONAL

Cada día, aproximadamente de 830 mujeres en países latinoamericanos mueren debido a problemas durante el embarazo y el parto que podrían prevenirse o controlarse. Casi la totalidad de estos tristes eventos (el 99 %) ocurren en países en desarrollo. El riesgo de muerte materna es mucho mayor en lugares remotos con acceso limitado a atención médica y en zonas muy pobres. Pero también hay buenas noticias. Los nuevos avances en la medicina para bebés, tanto antes como después del nacimiento, han ayudado a detectar y prevenir tempranamente. Esto significa que los padres pueden preocuparse menos por la seguridad de su bebé a medida que avanza el embarazo; gracias al uso de estos aparatos de alta tecnología como son los monitores electrónicos, con previa sensibilización de las gestantes, se logra prevenir complicaciones materno-fetales (1).



A NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud de Perú afirma que de cada 100 bebés que podrían haber nacido, 12 no sobreviven. Vigilar el latido del bebé durante la gestación podría cambiar la forma en que cuidamos a las futuras mamás y podría resultar en que menos bebés y mamás enfermen o mueran cerca del momento del parto. Los médicos utilizan una herramienta especial para observar el latido del bebé durante la gestación y el parto. Esta herramienta detecta cómo cambia el latido del bebé cuando se mueve o cuando la mamá tiene contracciones. Recientemente, el número de cesáreas ha aumentado considerablemente, mucho más de lo que la OMS considera aceptable. El nacimiento es algo natural. A veces, los médicos necesitan vigilar al bebé más de cerca, y las herramientas para verificar su salud son útiles para asegurar que se mantenga sano. Estudios han demostrado que vigilar de cerca la salud del bebé puede significar menos cesáreas y menos problemas para el bebé. Esto es común en los países ricos. Nuestro país está trabajando arduamente para obtener las herramientas y el personal capacitado necesarios para esta tarea (2).

A NIVEL LOCAL

Los médicos del Hospital Carlos Monge Medrano dicen que es muy importante saber cómo utilizar los monitores de frecuencia cardíaca durante el parto, es necesario saber qué es normal para la edad del bebé antes de determinar si existen problemas durante las primeras etapas y la mitad del parto. También es fundamental contar con expertos preparados para realizar esta tarea correctamente. En Juliaca, se necesitan más

estudios al respecto, ya que es muy importante. Esto podría ser de gran ayuda para las madres y los bebés. Si bien la mayoría de los problemas en los recién nacidos se deben a factores previos al nacimiento, como ser demasiado pequeños, infecciones o falta de oxígeno, los problemas durante el parto también pueden causar problemas graves. Esto puede ser una situación muy triste para los padres, la familia, los médicos y todos los involucrados, y también conlleva importantes problemas legales. Al revisar el corazón del bebé durante el parto, los médicos pueden actuar con rapidez para prevenir problemas graves (3).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Problema general

PG.- ¿La monitorización fetal electrónica, tiene relación con la culminación de vía del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2023?

1.1.2. Problemas específicos:

PE1.- ¿Las características de la gestante tienen relación con la culminación del parto de pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano?

PE2.- ¿El resultado del monitoreo fetal electrónico tiene relación con la culminación del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano?

PE3.- ¿Cuál es la culminación del parto más frecuente en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano?



1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.2.1. Justificación teórica

La presente propuesta de Monitorización fetal electrónica relacionado a la culminación de vía del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2023. Creemos que el uso de monitores electrónicos para el corazón del bebé, algo común durante la gestación, el parto es fundamental. Esto se debe a que ayudan a controlar la frecuencia cardíaca del feto. Esto permite determinar rápidamente si el bebé podría tener problemas al nacer. Esta investigación, pretende alcanzar la propuesta de sensibilizar a las gestantes sobre lo importante que es que durante el embarazo les practiquen la monitorización cardíaca fetal electrónica, para revisar la vitalidad integral tanto de la madre como del producto, ya que el bienestar materno y fetal dependerá de controles prenatales adecuados y completos.

1.2.2. Justificación practica

La monitorización fetal electrónica relacionado a la culminación de vía del parto en pacientes del H.C.M.M, Juliaca, 2023. Pretendemos estudiar cómo el parto puede causar problemas cerebrales en los recién nacidos que podrían cambiarles la vida. Al revisar la salud del bebé correctamente y en el momento oportuno antes de su nacimiento, podemos evitar estos problemas. Los médicos recomiendan vigilar la salud del bebé más de cerca durante el parto para detectar problemas a tiempo. De esta manera, si el bebé tiene algún problema, los médicos pueden detectarlo rápidamente. Nuestra investigación busca facilitar la detección temprana

de estos problemas mediante máquinas que monitorean la salud del bebé durante el nacimiento. El uso de esta tecnología nos permitirá detectar más casos en los que la salud del bebé podría no ser buena. También ayudará a los médicos a actuar con mayor rapidez para ayudar tanto a la madre como al feto.

1.2.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La monitorización fetal electrónica relacionado a la culminación de vía del parto en pacientes del H.C.M.M, Juliaca, 2023. Sugerimos la propuesta de esta investigación, controlando el bienestar fetal y de la madre, desde el inicio de primer trimestre de embarazo, cumpliendo los protocolos de bienestar fetal y materno. Los establecimientos de salud en el servicio de obstetricia, para comprobar la salud de un bebé antes y durante el nacimiento, los médicos examinan su ritmo cardíaco. Si bien un ritmo cardíaco anormal no siempre significa que haya un problema, si es normal, hay un 99 % de probabilidades de que el bebé esté sano.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

OG. – Determinar la monitorización fetal electrónica, y su relación con la culminación de vía del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2023.



1.3.2. Objetivos específicos

- OE1.-** Identificar las características de la gestante y su relación con la monitorización fetal electrónica en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.
- OE2.-** Enfatizar el resultado del monitoreo fetal electrónico y su relación con la monitorización fetal electrónica en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.
- OE3.-** Distinguir la vía de culminación del parto más frecuente en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

- HG. –** La culminación de vía del parto tiene relación con la monitorización fetal electrónica en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2023.

1.4.2. Hipótesis específicas

- HE1.-** Las características de la gestante tienen relación con la monitorización fetal electrónica en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.
- HE2.-** La monitorización fetal electrónica tiene relación con el resultado del monitoreo fetal electrónico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.



HE3.- La vía de culminación del parto vaginal que presenta mayor frecuencia en las pacientes por del Hospital Carlos Monge Medrano.

1.5. Variables

VARIABLE1: Monitorización fetal electrónica

VARIABLE 2: Culminación de la vía del parto

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALA DE VALORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------------------|--|------------------------------|--|--------------------|
| Monitorización fetal electrónica | 1.1 Características de la gestante | 1.1.1 Edad | a. < 18 años b. De 18 – 35 años c. > de 35 años | Ordinal |
| | | 1.1.2 Grado de instrucción | a. Primaria incompleta b. Primaria completa c. Secundaria incompleta d. Secundaria completa e. Superior técnica f. Superior universitaria | Ordinal |
| | | 1.1.3 Estado civil | a. Conviviente b. Soltera c. Casada | Nominal |
| | | 1.1.4 Numero de gestaciones | a. Primigesta b. Multigesta c. Gran multigesta | Ordinal |
| | | 1.1.5 Edad gestacional | a. 28 – 36 semanas b. 37 – 40 semanas 40 semanas | Ordinal |
| | 1.2 Resultado de monitoreo fetal electrónico | 1.2.1 Línea de base | a. 0: <100 ó >180 lpm b. 1: 100- 119 ó 161- 180 lpm c. 2: 120- 160 lpm | Ordinal |
| | | 1.2.2 Variabilidad | a. 0: <5 b. 1: 5-9 ó >25 c. 2: 10- 25 | Ordinal |
| | | 1.2.3 Aceleración | a. 0: 0 b. 1: 1-4 c. 2: >5 | Ordinal |
| | | 1.2.4 Desaceleración | a. 0: Dip II > 60% Dip III > 60% b. 1: Dip II < 40% Dip III < 40% c. 2: Ausente | Ordinal |
| | | 1.2.5 Movimientos fetales | a. 0: 0 b. 1: 1- 4 c. 2: > 5 | Ordinal |
| | | 1.2.6 Contracciones uterinas | a. < a 5 b. > a 5 | Ordinal |
| | Culminación de la vía del parto | 2.1 Parto vaginal | a. SI b. NO | Nominal |
| 2.2 Cesárea | | a. SI b. NO | Nominal | |



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

ARMENIAN. (4), "Efectividad audiovisual del monitoreo del bienestar fetal sobre el apego materno-fetal y los resultados del parto".

Yogyakarta, Indonesia 2024. El objetivo de esta investigación fue: rastrear los movimientos del feto antes del nacimiento mediante video y sonido, y ver qué tan bien ayuda a las mamás a vincularse con su bebé y afecta la salud del bebé al nacer. Primero, creamos este sistema analizando mucha investigación, haciendo planes y luego creando videos y sonidos. Verificamos su funcionamiento con expertos. Después, vimos si este sistema de video y sonido realmente ayuda a las mamás a sentirse más cerca de sus bebés nonatos. Usamos una encuesta especial para futuras mamás y verificamos la salud del bebé al nacer con base en su peso. Nuestro estudio fue cuidadosamente diseñado para comparar los resultados de las mamás que usaron este sistema y las que no, revisándolas antes y después de usarlo. Elegimos a mujeres embarazadas que habían estado recibiendo atención prenatal regular en el Centro de Salud Kasihan II, Indonesia. Solo se incluyeron si estaban



esperando un bebé, el embarazo transcurría normalmente y tenían entre 28 y 36 semanas de embarazo. La aplicación mostró que, al comparar dos grupos antes y después de una prueba, eran diferentes, y esta diferencia era lo suficientemente significativa como para ser relevante ($P < 0,05$). Al observar a diferentes personas individualmente, observamos lo mismo ($P < 0,05$). Además, al comprobar cómo se sentían las madres conectadas con sus bebés y cómo fue el parto juntos, también encontramos diferencias importantes ($P < 0,05$). Los investigadores descubrieron que ver y escuchar simultáneamente los chequeos de salud del bebé puede hacer que las madres se sientan más cerca de sus bebés y contribuir a que nazcan más sanos.

GODOY. (5), Monitoreo fetal, principios fisiopatológicos y actualizaciones. Publicación oficial de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, 2022. Su objetivo fue: determinar su inicio del monitoreo fetal electrónico ha tenido con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal. Material y método: Se han realizado numerosos estudios para analizar cómo la frecuencia cardíaca de los fetos puede dar pistas sobre problemas de salud, como la falta de oxígeno. Este artículo explica cómo se creó esta prueba, por qué funciona y qué novedades hay en su realización y manejo. El objetivo es brindarte la información necesaria para tomar buenas decisiones. Para escribir esto, revisamos numerosos artículos científicos en línea. Tras encontrar 578 artículos, usamos 43 porque eran justo lo que necesitábamos. En definitiva, controlar la frecuencia cardíaca de los fetos es algo que los médicos hacen constantemente. Conocer las mejores y más recientes maneras de



hacerlo es fundamental. Ayuda a los médicos a evitar intervenciones innecesarias y puede reducir la necesidad de cesáreas.

LUQUE. (6), Monitorización Fetal Intraparto. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, 2022. Su objetivo fue: indicar sobre monitorización fetal intraparto, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, 2022. Material y método: La gran noticia es que no podemos afirmar que la prueba que mide el pH craneal del bebé sea buena para controlar su salud durante el parto. Esto se debe a que no hay suficientes pruebas de su eficacia. Existen nuevas guías sobre cómo elegir la forma correcta de cuidar al bebé durante el parto, cómo entender la prueba RCTG y qué pasos seguir. Últimamente, la forma en que percibimos la prueba RCTG ha cambiado debido a lo que sabemos ahora sobre cómo los bebés reaccionan al parto. Esta nueva perspectiva nos hace cuestionar algunos controles de salud habituales, como la prueba de pH craneal durante el parto, tanto que la guía no puede afirmar que sea fiable. Hasta ahora, esta prueba era clave para tomar decisiones de salud e incluso en los tribunales. Sin embargo, los expertos afirman que no hay muchas pruebas de que obtener una muestra de sangre del cráneo del bebé sea mejor para la madre y el bebé que simplemente usar la prueba RCTG sola o con otro método. Además, analizar la sangre del bebé podría aumentar la probabilidad de que los bebés tengan una puntuación de salud baja a los 5 minutos de nacer, quizás porque tarda más en nacer. Pero este retraso no ocurre cuando se combina la prueba RCTG con otro método, aunque podrían necesitarse más cesáreas cuando solo se extrae sangre del bebé.



GARCÍA. (7), Relación entre el índice cerebro-placentario y las evaluaciones de monitorización fetal durante el parto en recién nacidos a término sin comorbilidades, en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Ecuador, 2022. Su objetivo fue: En este estudio piloto, se compararán las mediciones de flujos Doppler, en Estudiamos si la proporción cerebro-placenta puede brindar información sobre la salud del bebé en el útero, comparándola con otras pruebas de salud fetal en futuras mamás sanas y en trabajo de parto. Analizamos a mujeres con 37 semanas de embarazo o más, que no presentaban problemas de salud, ni para ellas ni para el bebé, y que estaban listas para dar a luz. Se les realizaron dos tipos de pruebas: una que ausculta los latidos del corazón del bebé y otra que examina el flujo sanguíneo en diferentes partes del cuerpo. En nuestro grupo de 33 mujeres, utilizamos una prueba matemática especial (ANOVA) para determinar si existía alguna conexión entre los resultados de las pruebas. Descubrimos que la proporción cerebro-placenta no mostró nada significativo al compararla con los resultados de las pruebas de latidos del corazón y flujo sanguíneo. En resumen, en definitiva, creemos que necesitamos realizar más pruebas a mujeres para asegurarnos de que estas pruebas realmente nos indiquen algo importante.

CASANOVA. (8), Relación entre monitoreo fetal intraparto patológico y resultados natales, Hospital de Riobamba, Ecuador. 2023. Objetivo: Realice un estudio para encontrar nueva información sobre cómo el seguimiento de la salud de un bebé durante el parto está relacionado con el éxito del mismo. Material y métodos: Encontramos 82 artículos y



utilizamos 50 de ellos en nuestra investigación. Estos artículos provienen de bases de datos locales como Latindex, Lilacs, Scielo y Redalyc, así como de bases de datos reconocidas como Scopus, Medline y otros. También analizamos cómo la observación atenta de los bebés durante el parto afecta su salud. Intentamos determinar si existe una relación entre la observación atenta de los bebés durante el parto de cierta manera y su bienestar después del nacimiento. Finalmente, descubrimos que no todos los expertos están de acuerdo sobre si existe una relación entre estos factores. Por lo tanto, necesitamos más investigación para asegurarnos de que exista una conexión o no.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

ESPINOZA. (9), “Relación entre los resultados del monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto y el puntaje Apgar neonatal en gestantes a término atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Huaraz, Perú, 2022.”. Objetivo: Analizamos cómo el monitoreo electrónico de bebés durante el parto se relaciona con el puntaje de Apgar, que verifica la salud del bebé inmediatamente después del nacimiento. Material y métodos: Este estudio analizó la salud de los bebés nacidos a término mediante la revisión de 236 historiales médicos de mujeres que estuvieron embarazadas hasta la fecha prevista. Para recopilar la información, las participantes completaron un formulario. Utilizaron un programa informático especial para ver la frecuencia con la que se producían ciertos problemas de salud. El hallazgo fue interesante: alrededor del 56 % de estas futuras mamás tuvieron bebés con un patrón de frecuencia cardíaca específico (categoría II) durante el parto. En



cuanto al puntaje de Apgar, una prueba rápida que se realiza justo después del nacimiento para comprobar la salud del bebé, el 91 % de los bebés se encontraban bien al minuto de gestación, y casi todos (el 99,6 %) estaban bien a los cinco minutos. Además, observaron que la mitad de los bebés mostraban un patrón de frecuencia cardíaca de categoría II, pero aún tenían buenos puntajes de Apgar al minuto de gestación. De igual manera, el 56 % tenía este patrón de frecuencia cardíaca y también estaba sano a los cinco minutos. ¿La conclusión clave? Los patrones de frecuencia cardíaca de los bebés durante el parto y sus puntajes de Apgar al nacer parecen estar relacionados. Esto se descubrió tras analizar la salud de los recién nacidos en un hospital específico.

VALERA. (10), “Asociación entre el monitoreo electrónico fetal durante el trabajo de parto y el puntaje Apgar del recién nacido en el Hospital II de Tarapoto 2021”. Objetivo: Conocer cómo afecta la vigilancia electrónica de la salud del bebé durante el nacimiento a su primer puntaje de salud en el Hospital II Tarapoto en el 2021. Material y métodos: Analizamos un estudio que no incluyó experimentos. Utilizó números y se centró en revisar datos históricos para determinar si existían relaciones. Revisaron 323 historiales médicos de mujeres embarazadas y estudiaron minuciosamente a 176 de ellas. Recopilaron los datos analizando documentos y completando un formulario. Esto es lo que encontraron: En el primer tipo de control de latidos cardíacos del bebé durante el parto con máquinas, la mayoría de los bebés (alrededor del 78,6 %) presentaron un ritmo cardíaco normal. Algunos (14,3 %) presentaron un ritmo cardíaco rápido y algunos (7,1 %) un ritmo lento. En



cuanto a la estabilidad de los latidos, la mayoría (76,2 %) fueron moderados, algunos (21,4 %) mínimos y muy pocos (2,4 %) excelentes. Al buscar latidos cardíacos rápidos, casi todos (90,5 %) los presentaron, pero una pequeña proporción (9,5 %) no. Más de la mitad (57,1 %) no mostró una desaceleración repentina del ritmo cardíaco, pero algunos (42,9 %) presentaron una ligera disminución. Casi todos los bebés se movieron bien (97,6%), y solo unos pocos (2,4%) no se movieron mucho. En el segundo tipo de control de latidos cardíacos del bebé durante el nacimiento en 2021, muchos (75%) presentaron un ritmo cardíaco acelerado y unos pocos (12,5%) un ritmo cardíaco normal o lento. La mayoría de los bebés que se sometieron a este control cardíaco (90%) obtuvieron puntuaciones APGAR normales, lo que significa que obtuvieron una puntuación entre 7 y 10 inmediatamente después del nacimiento. Un pequeño porcentaje (10%) obtuvo una puntuación inferior a 7. Conclusión, existe una conexión entre el uso de dispositivos para monitorear los latidos cardíacos del bebé durante el parto y su puntuación de salud inmediatamente después del nacimiento, respaldada por una prueba estadística que muestra un nivel de certeza del 95%; esto fue especialmente cierto en la relación entre la frecuencia cardíaca del bebé (43,225, $p = 0,000$) y su puntuación de salud.

ZORRILLA. (11), "Monitoria fetal anteparto en el H.D.A.C. - Cerro de Pasco, 2021". Metodología: Estudiamos a 155 mujeres embarazadas para ver cómo estaban sus bebés antes de nacer. Revisamos los latidos y movimientos de los bebés usando una máquina especial y luego analizamos los datos con un programa de computadora. Esto es lo que



encontramos: en promedio, los latidos del corazón de los bebés fueron de 134 latidos por minuto, y su frecuencia cardíaca cambió en aproximadamente 10 latidos por minuto. Se movieron o sus corazones se aceleraron de 6 a 8 veces en media hora. La mayoría de las veces, estos números eran normales. Los latidos del corazón variaron de 100 a 160 latidos por minuto, y los cambios de frecuencia variaron de 4 a 15. Notamos que los bebés en lugares altos no aceleraron sus latidos tanto, pero se movieron la misma cantidad independientemente de la altura. En conclusión, nuestras pruebas mostraron que todo parece normal con respecto a cómo están los bebés antes de nacer, según los controles que hicimos. Sin embargo, los bebés a grandes altitudes tienen un aumento ligeramente menor en los latidos del corazón, lo que puede significar que no están recibiendo suficiente oxígeno. Creemos que la gente debería estudiar esto más.

ALARCÓN. (12), Evaluación de la monitorización fetal electrónica intraparto en gestantes con diagnóstico de preeclampsia, Hospital de Tingo María, 2023. Objetivo: La importancia de monitorear los latidos del corazón de un bebé con una máquina durante el parto de una madre con hipertensión debido al embarazo. Esto se realizará en el Hospital Tingo María en 2023. Material y métodos: Revisamos el historial médico de la paciente para determinar qué le pasaba y cómo ayudarla, utilizando un método especial para supervisar de cerca la salud del bebé durante el parto. Esto fue fundamental para garantizar la seguridad del bebé, especialmente cuando la madre tenía problemas de salud adicionales, como hipertensión durante el embarazo. Gracias a la estrecha vigilancia



de la salud del bebé, supimos de inmediato si algo no iba bien. Esto nos permitió optar rápidamente por una cirugía para traer al bebé al mundo sano y salvo. En definitiva, esto ayudó a que el bebé naciera con muy buenos resultados de salud inmediatamente después de nacer.

QUISPE. (13), “Vía de culminación del parto en gestantes a término con monitoreo fetal electrónico. Hospital Jesús de Nazareno- Ayacucho, 2021”. Objetivo: Analizar cómo los médicos deciden si las mujeres que están listas para dar a luz y que reciben controles especiales del ritmo cardíaco de su bebé, pueden tener a sus bebés de forma normal o necesitan cirugía. Metodología: Este estudio examinó a un grupo de mujeres embarazadas cercanas a sus fechas de parto. Se revisó la salud de los bebés en un hospital de abril a junio de 2021. De 67 mujeres, 58 se sometieron a pruebas en sus bebés para ver cómo estaban. Estas pruebas se revisaron a partir de sus registros médicos. Lo que encontraron fue que la mayoría de las veces, cuando se utilizaron estas pruebas, los bebés nacieron por cesárea, alrededor del 72,4%. Solo unos pocos, el 27,6%, nacieron de la manera habitual. En su mayoría, realizaron estas pruebas antes de que naciera el bebé, utilizando algo llamado NST, en aproximadamente el 89,7% de los casos. Cuando el NST dijo que el bebé estaba bien, la mayoría nacieron por cesárea de todos modos, pero algunas, el 27,6%, nacieron de la manera normal. Las mujeres tenían alrededor de 39 a 40 semanas de embarazo cuando se realizaron las pruebas, y esto fue importante para los resultados. Al final, el estudio mostró que cuando se utilizaron estas pruebas en mujeres embarazadas cercanas a la fecha prevista del parto, las cesáreas



ocurrieron con más frecuencia que los bebés que nacieron de forma normal.

2.1.3. A NIVEL REGIONAL

GONZALES. (14), "Capacidad predictiva del monitoreo fetal electrónico en la evaluación del bienestar fetal en relación con el puntaje Apgar del recién nacido en el Hospital ESSALUD III de Puno, durante el año 2022.". Objetivo: de investigación fue: el monitoreo electrónico de bebés antes del nacimiento puede predecir si un bebé está bien, basándonos en una puntuación de salud (puntuación de Apgar) obtenida inmediatamente después del nacimiento. Esto se analizó en un hospital de Puno en 2022. El estudio revisó registros anteriores y no estableció un número específico de personas para estudiar. En su lugar, se analizó a 722 mujeres embarazadas que se sometieron a este monitoreo en el hospital. No se hizo ninguna conjetura sobre cuántas personas se debían controlar; cada una de las 722 mujeres embarazadas fue seleccionada para un examen más detallado. Para recopilar información, se revisaron sus historiales médicos. Para comprender si los bebés estaban bien, se asignaron puntuaciones, considerando "bien" una puntuación de 7 o más y "mal" una puntuación inferior a 7. Los resultados mostraron algunos patrones interesantes. Cuando el monitor mostraba ciertos patrones, como latidos cardíacos rápidos por un tiempo o latidos más lentos en momentos específicos, era bastante eficaz para indicar cuándo los bebés podrían no estar bien. Si la puntuación general del monitoreo era inferior a 8, también era excelente para indicar qué bebés necesitaban más atención. Otros factores, como la edad de la madre y si



era su primer bebé, también influyeron significativamente. Si la madre tenía menos de 20 años, más de 35, estaba embarazada de su primer bebé o necesitaba cirugía para el parto, estos eran indicios de que el bebé podría no estar bien. En resumen, este estudio reveló que monitorear los latidos y movimientos del corazón del bebé antes del nacimiento es una herramienta eficaz para saber con antelación si un bebé podría no estar bien.

ALARCÓN. (15), Monitorización fetal electrónica durante el trabajo de parto en gestante con diagnóstico de preeclampsia en Moho, Universidad Nacional Huánuco 2021. Metodología: Utilizamos una revisión del historial médico para comprender mejor la salud de la paciente. De esta manera, pudimos determinar el diagnóstico correcto y usar herramientas electrónicas para monitorear de cerca la salud del bebé durante el parto. Este método es fundamental porque ayuda a tomar decisiones rápidas si el bebé no se encuentra bien, especialmente si la madre presenta problemas de salud adicionales como la preeclampsia. Descubrimos que esta observación electrónica es muy útil para decidir qué hacer durante el parto. En esta situación, al observar que el bebé tenía problemas, decidimos realizar una cesárea. Esto ayudó a que el bebé naciera sano, con buenos resultados de Apgar inmediatamente después del parto.

ALVARES. (16), Monitorización fetal electrónica durante el tercer trimestre de embarazo en gestantes con diagnóstico de preeclampsia en Caracoto, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez 2021. Metodología: Este estudio analizó la información



médica de un grupo de 35 mujeres embarazadas en Caracoto en 2021. Todas se sometieron a controles cardíacos especiales para sus bebés. En lugar de seleccionar a unas pocas personas para el estudio, incluyeron a las 35 mujeres de la zona. Revisaron sus historiales médicos para obtener la información necesaria. Estaban especialmente interesados en comprender la salud de los bebés basándose en la preeclampsia, un problema de presión arterial alta que padecían las madres. Los controles cardíacos especiales para los bebés podían determinar si existían problemas de salud (más del 90 % de probabilidad de detectarlos). Descubrieron que, si la puntuación del control era inferior a 8, existía una alta probabilidad (también superior al 90 %) de que el bebé no estuviera bien. Además, observaron que ciertos aspectos de la madre, como ser menor de 20 años a 35 años, estar embarazada por primera vez o casi, o necesitar cirugía para el parto, a menudo se asociaban con los problemas de salud de los bebés. Entonces, lo más importante que aprendieron fue que este tipo de control cardíaco del bebé realmente podría ayudar a determinar si un bebé podría no estar sano.

CÁCERES. (17), “Valor predictivo de la monitorización electrónica y el bienestar fetal en gestantes de Hilata, Capachica, Universidad Peruana Unión - Puno – 2022”. Objetivo: Determinar el valor predictivo de la monitorización electrónica y el bienestar fetal en gestantes de Hilata, Capachica, el 2022. Metodología: Este estudio revisó información retrospectiva y no montó un experimento. Involucró a 42 mujeres embarazadas que fueron revisadas usando dispositivos especiales en el Centro de Salud de Capachica. No escogieron un grupo aleatorio de



mujeres; en cambio, observaron a las 42 mujeres embarazadas que acudieron a este centro. Revisaron los registros médicos para recopilar los datos. Anotaron con qué frecuencia los bebés parecían estar bien, usando conteos y porcentajes, y consideraron esto como normal. Si la madre era menor de 21 a 35 años, si era su primer o segundo embarazo, o si tuvo una cesárea, estas situaciones a menudo se vinculaban a momentos en que los bebés no estaban tan bien (con números para demostrar que es verdadero y significativo). Al final, revisar la condición del bebé de esta manera fue realmente bueno para saber el bienestar fetal.

ALMEZA. (18), “Valores predictivos de monitorización electrónica y su relación con el bienestar fetal y materno, Hospital de Lampa, Universidad San Carlos de Puno, 2021”. Su objetivo fue: determinar el valor predictivo de la monitorización electrónica y su relación con el bienestar fetal y materno Hospital de Lampa, Universidad San Carlos de Puno, en el año 2021. Metodología: Observamos a mujeres embarazadas que se sometían a controles con máquinas especiales para ver cómo estaban sus bebés antes de nacer. Esto se realizó en el Hospital Lampa e incluyó a 28 futuras mamás. Todas las que cumplían los requisitos fueron seleccionadas para este chequeo. Revisamos sus historiales médicos para recopilar información. Verificamos la salud de los bebés mediante números para verificar que todo estuviera normal, tanto en los bebés como en sus madres, según los resultados de la máquina. Esto es lo que encontramos: Si la máquina mostraba que el corazón del bebé se aceleraba de 1 a 4 veces en media hora y se desaceleraba muy poco o



cambiaba mucho menos del 40% del tiempo, significaba que algo podría estar mal (con una seguridad superior al 90%). Además, si la puntuación general de la máquina era inferior a 8, probablemente indicaba un problema (de nuevo, con una seguridad superior al 90%). También observamos que ser menor de 18 a 35 años, estar embarazada por primera vez o haber tenido un bebé anteriormente, y necesitar una cesárea eran factores relacionados con posibles problemas de salud del bebé (con sólida evidencia y respaldo estadístico). En resumen, usar esta máquina para revisar a los bebés antes de que nazcan es muy útil para detectar si algo no va bien con el bienestar materno.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Los rasgos personales son las características especiales que hacen única a una persona y moldean su forma de actuar, ver las cosas y experimentar la vida. Estos rasgos incluyen muchos aspectos, como la edad, si es niño o niña, si está casado, en qué escuela estudió, qué trabajo desempeña, su personalidad y sus gustos. Es importante comprender los rasgos personales porque influyen enormemente en la relación entre las personas y con el mundo que las rodea. Esto resulta particularmente relevante en campos como el estudio del comportamiento humano, el análisis de las dinámicas sociales, la atención en salud y los procesos de aprendizaje. Por ejemplo, investigaciones como la de Roberts y DelVecchio (2000) evidencian que la personalidad de una persona puede tener un impacto significativo tanto en su salud física y mental, como en

su habilidad para formar y sostener relaciones interpersonales saludables.

(19)

2.2.2. Edad

Se puede contar en años, meses o días. La edad es fundamental para aspectos como la salud, cómo crecemos, pensamos y sentimos, y cómo nos relacionamos con los demás. (20)

2.2.3. Edad gestacional

El tiempo de embarazo de una mujer se cuenta desde su última menstruación hasta la fecha actual. Esto ayuda a estimar la edad gestacional y la fecha de nacimiento del bebé. La OMS recomienda sumar 40 semanas al primer día de la última menstruación para calcularlo. Las ecografías y otros métodos también pueden proporcionar una fecha más exacta (21).

2.2.4. Estado civil

Esto puede significar si está casada, en unión libre o si sigue las costumbres locales (Conceptos Jurídicos, 2024). En esta situación, las reglas deciden qué sucede. En Perú, existen diferentes tipos de gobierno:

- **Soltero:** Una situación en la que una persona no está casada o en unión civil.
- **Casado:** Una persona que se casa conforme a la ley inicia una sociedad. Este vínculo otorga a ambas personas ciertos deberes y beneficios.



- **Conviviente:** Se trata de dos personas que viven juntas como si estuvieran casadas, pero no lo están. Aun así, deben cumplir con algunos deberes y derechos, como cualquier persona casada.
- **Divorciado:** Alguien que se divorció y terminó su matrimonio.
- **Separado:** Esto sucede cuando alguien ya no vive con su marido o esposa, pero aún no ha terminado el trámite del divorcio.
- **Viudo:** Alguien cuya pareja ha muerto, por lo que ya no pueden estar casados. (22)

2.2.5. Grado de instrucción

El nivel educativo se describe al tiempo que una persona ha completado en la escuela. Esto puede abarcar desde el inicio de la escuela hasta la universidad, o incluso más estudios después. Incluye cuánto y qué tan bien ha aprendido una persona durante sus años escolares. La UNESCO afirma que el nivel de educación de las personas es un indicador clave del desarrollo de un país. Muestra la cualificación de sus trabajadores, su productividad y el buen desempeño de la sociedad en general. Por lo tanto, garantizar que las personas puedan recibir una buena educación para que una comunidad siga mejorando (23).

2.2.6. Numero de gestaciones

Se trata de cuántas veces ha estado embarazada una mujer. Los embarazos son de diferentes tipos. Algunos tipos incluyen cuando un bebé nace en la fecha prevista, nace prematuro, cuando hay más de un bebé o cuando el bebé crece fuera del útero. Pero si nace antes de las 37



semanas, es prematuro. Tener más de un bebé al mismo tiempo significa que es un embarazo múltiple. A veces, un bebé comienza a crecer en el lugar equivocado, como las trompas que conectan los ovarios con el útero. Este no es el lugar habitual y se llama embarazo ectópico (24).

2.2.7. Componentes del Monitoreo Fetal Electrónico

Según lo que dice la ACOG (un grupo de expertos en salud de bebés y mujeres), las partes son:

2.2.8. Línea de base

Para comprender esto, observamos cuánto cambia el ritmo cardíaco en 10 minutos. Esto se obtiene a partir del latido normal del bebé cuando aún está en el útero, que es el latido promedio en pulsaciones por minuto (lpm) durante 10 minutos. Sin embargo, no contamos los momentos en que el ritmo cardíaco cambia mucho (más de 25 lpm), ni cuando se acelera o se ralentiza repentinamente.

Para un bebé que está listo para nacer, un ritmo cardíaco saludable es de entre 120 y 160 pulsaciones por min.

2.2.9. Variaciones de la línea de base

Establece en función de los parámetros siguientes:

A. Taquicardia fetal (Mayor 160 lpm)

- Una elevación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) que supera el valor basal establecido de 160 latidos por minuto (lpm) durante al menos 10 minutos.



- La aparición de taquicardia fetal se asocia directamente con una elevación de la temperatura corporal materna, anemia materna, abuso de sustancias, sepsis, administración de atropina, hemorragia intrauterina e hipoxia fetal, entre otros factores contribuyentes.

B. Bradicardia fetal

- Está estrechamente asociada con diversas lesiones cardíacas, la mayoría de las cuales son de naturaleza congénita.
- Esta condición significa que el ritmo cardíaco del bebé es inferior a 120 latidos por minuto más de 10 minutos. Una frecuencia cardíaca fetal entre 100 y 119 lpm se clasifica como moderada, mientras que una frecuencia inferior a 100 lpm se considera grave.
- A veces, si la presión arterial de un bebé se dispara rápidamente (como cuando se comprime la arteria umbilical) o si no recibe suficiente oxígeno, su cuerpo puede reaccionar. Esto sucede gracias a sensores especiales en su cuerpo que detectan estos cambios y le indican a su corazón que responda. (25)

2.2.10. Variabilidad

Este texto habla sobre cómo late el pequeño corazón del bebé que crece en el vientre materno. Puede latir muy lento o rápido. La forma en que late, a veces cambiando de ritmo por sí sola, nos ayuda a saber si el corazón del bebé funciona correctamente. Cuando estos latidos cambian



de ritmo con normalidad, significa que el cerebro y el cuerpo del bebé están sanos.

Variabilidad a corto plazo (VCP)

Esta evaluación se realiza analizando la frecuencia cardíaca fetal durante un breve intervalo, con el objetivo de identificar posibles anomalías en el bienestar fetal. Variabilidad a largo plazo (VLP)

Los elaboran a partir del patrón de latidos del bebé durante un tiempo determinado. Quieren comprobar si el bebé está sano y guardan estos registros en un lugar visible. (25)

2.2.11. Aceleración

Cuando el corazón de un bebé late más rápido repentinamente durante al menos 15 segundos y a más de 15 latidos por minuto, se denomina aceleración. Los científicos creen que estas aceleraciones del corazón del bebé durante las contracciones se deben a una mayor actividad del sistema de "lucha o huida" del cuerpo y podrían estar relacionadas con la disminución del oxígeno en los tejidos del bebé. Por lo general, después de una aceleración, las contracciones disminuyen. Sin embargo, estas aceleraciones no son malas. Simplemente avisan al médico de que el corazón del bebé podría comenzar a disminuir su ritmo pronto. Los médicos creen que la razón de estas aceleraciones es que el útero comprime la vena umbilical durante las contracciones. (26)



2.2.12. Desaceleración

Las desaceleraciones ocurren cuando la frecuencia cardíaca del bebé disminuye en más de 15 latidos por minuto y duran entre más de 15 segundos y menos de 2 minutos. Es importante observarlas, ya que pueden estar relacionadas con las contracciones y provocar una falta de oxígeno para el bebé. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las desaceleraciones no significan falta de oxígeno. Se deben a cambios en el entorno del bebé. El término DIP ya no se usa mucho después de 25 años debido a estas desaceleraciones. (26)

A. Desaceleración precoz o temprana

Cuando el útero se contrae con más fuerza, el ritmo cardíaco del bebé disminuye. Esta desaceleración temprana se observa de forma similar en ambos lados: comienza lentamente, alcanza su punto más bajo después de al menos 30 segundos y luego vuelve a aumentar lentamente, tal como se observa cuando el útero se contrae. Esta desaceleración del ritmo cardíaco es una buena señal, ya que significa que los parámetros de salud del bebé, como el pH y la puntuación de Apgar, son normales, lo que indica que no tiene ningún problema.

B. Desaceleración tardía

Cuando un bebé en el útero no recibe suficiente oxígeno, suele indicar que hay un problema con la placenta. A veces, cuando el cuerpo de la madre intenta suministrar más oxígeno, este problema se manifiesta.

Las contracciones durante el parto pueden comenzar más tarde de lo normal o ocurrir justo cuando son más fuertes. Esto puede hacer que el



corazón del bebé se desacelere un poco después de cada pujo fuerte. Si las contracciones son muy fuertes y duran mucho tiempo. Esto significa que los médicos deben actuar con rapidez para ayudar al feto.

C. Desaceleración Variable

Esta cosa, a menudo llamada DIP III, cambia mucho de forma. Imagina una cuerda redonda alrededor del mástil, puede adoptar la forma de una doble v (W).

Cuando la frecuencia cardíaca del bebé sube y baja, puede cambiar como una U o una V. Este cambio ocurre con las contracciones de la madre. La frecuencia cardíaca del bebé puede pasar de muy rápida a mucho más lenta, entre 160 y 60 latidos por minuto. Esto es algo que los médicos observan para el estrés del bebé. Si la frecuencia cardíaca baja un poco, generalmente está bien. Pero si baja mucho, puede causar problemas porque el bebé podría no recibir suficiente oxígeno. Esto hace que un nervio llamado nervio vago reaccione para mostrar qué tipo de caída es. Si el cordón umbilical del bebé se aprieta más, este nervio ayuda a mostrar que el bebé podría no estar recibiendo lo suficiente de la placenta, lo que hace que el patrón de frecuencia cardíaca se vea como una gran V. Esto sucede cuando se presiona la arteria umbilical, lo que hace que la presión arterial del bebé aumente rápidamente. Esto produce otra reacción nerviosa que ralentiza la frecuencia cardíaca fetal. (27)

2.2.13. Movimientos fetales

Muchas mujeres empiezan a sentir los movimientos de su bebé entre las semanas 18 y 20 de embarazo. Pero, si es tu primer bebé, es posible que



no sientas estos movimientos hasta un poco más tarde, después de las 20 semanas. Si ya has tenido un bebé, podrías empezar a sentir los movimientos antes, como alrededor de la semana 16. Sentir los movimientos de tu bebé es una buena señal de que está bien. Es una de las formas más antiguas en que los médicos saben que el bebé está bien. Si una madre siente que su bebé se mueve menos o nada, podría significar que hay un problema, como que no está recibiendo suficiente oxígeno. La cantidad de movimientos de un bebé puede cambiar a medida que crece. Cada bebé tiene su propio patrón de movimiento.

A veces, si los movimientos no son los esperados por los médicos, pueden revisar los niveles de oxígeno del feto. Pueden hacerlo analizando su sangre o usando un instrumento especial para medir el oxígeno. Esto puede ayudar a los médicos a determinar si el bebé tiene algún problema y podría evitar la necesidad de una cirugía, como una cesárea. Este tipo de chequeo puede ser realmente útil y se utiliza cada vez con más frecuencia. (28)

2.2.14. Contracciones uterinas

Son movimientos rítmicos e involuntarios del músculo uterino (miometrio) cuando una mujer está embarazada, su cuerpo realiza un gran esfuerzo. Este esfuerzo ocurre cuando está a punto de dar a luz y también un poco antes. Su cuerpo realiza contracciones fuertes. Estas contracciones son muy importantes porque ayudan a abrir el cuello uterino (29).



2.2.15. Vía de culminación del parto

2.2.15.1. Cesárea.

Se trata de un tipo de cirugía que se realiza en el vientre y el útero de la madre para facilitar el nacimiento del bebé. Si existen problemas que impiden el nacimiento normal, los médicos podrían necesitar una cesárea. En ocasiones, si los médicos consideran que no es seguro que el bebé nazca por parto natural, pueden planificar la cirugía con antelación. En otras ocasiones, podrían tener que realizar la cirugía rápidamente si surgen problemas durante el parto. (29)

2.2.15.2. Parto Vaginal

Tener un bebé a término, es decir, entre las semanas 37 y 41, implica tres etapas principales. Durante estas etapas, revisar los resultados de las pruebas puede detectar problemas de forma temprana. Estos problemas pueden ser estrés para el bebé o falta de oxígeno, desgarro uterino, daño permanente o incluso peligro para la madre o el bebé. Cada etapa se atiende de forma diferente. Dar a luz de forma regular, a través del canal de parto, suele ser más seguro tanto para la madre como para el bebé cuando el embarazo llega a término. Optar por una cesárea puede acarrear problemas más adelante. Además, una vez que la madre se somete a una cesárea, es posible que deba realizar más cesáreas si tiene más bebés. (30)

2.2.16. MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL

La cardiotocografía, o monitorización electrónica del corazón del feto, esta herramienta escucha los latidos del corazón del bebé y detecta cambios

cuando el vientre de la madre se contrae. Los médicos la utilizan durante el embarazo, el parto y el nacimiento del bebé para garantizar su salud y detectar cualquier problema a tiempo.

La cardiotocografía puede ser externa o interna:

Cardiotocografía externa

Se lleva a cabo utilizando un dispositivo colocado sobre el abdomen materno, cuya función es escuchar o registrar los latidos cardíacos del feto, permitiendo así monitorear su bienestar durante el embarazo o el trabajo de parto.

Cardiotocografía interna

Se lleva a cabo mediante un transductor electrónico que se coloca directamente sobre la piel del feto. Los resultados obtenidos a través de la cardiotocografía permiten evaluar su estado de salud y pueden ser determinantes para decidir la necesidad de realizar estudios complementarios o proceder con una cesárea o un parto vaginal instrumentado, según sea el caso. (31)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Monitoreo fetal electrónico

La monitorización fetal electrónica es una forma de llevar un registro de los latidos del corazón del bebé y de la frecuencia y duración con que se contrae el útero de la madre. (32)



2.3.2. Parto

La mayoría de los bebés nacen entre las semanas 37 y 42 de embarazo. Este período es normal para dar a luz. Algunos bebés nacen antes de las 37 semanas. Esto representa aproximadamente 7 de cada 100 bebés. Otros nacen después de las 42 semanas. Esto representa aproximadamente 5 de cada 100 bebés. (33)

2.3.3. Parto vaginal

Es el proceso natural mediante el cual el feto es expulsado del útero a través del canal de parto (vagina). (34)

2.3.4. Vía de culminación del parto

Puede ser por vía vaginal o abdominal (cesárea). (35)



CAPÍTULO III

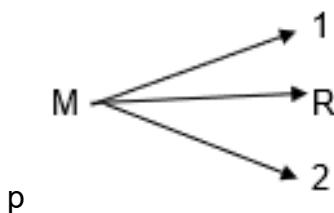
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación no experimental se caracteriza por la recopilación de información sobre un fenómeno en su contexto natural, sin modificar las variables involucradas. Es de nivel relacional, ya que explora las conexiones entre las variables investigadas, y también de naturaleza descriptiva, proporcionando una descripción detallada de los fenómenos observados. (36)

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Investigación básica de nivel correlacional, transversal. (36)



Donde:

M: muestra

1: variable independiente

R: tipo y grado de relación existente

2: variable dependiente



3.3. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Método hipotético deductivo con enfoque cuantitativo.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población:

Conformada por el 100% de pacientes que es un equivalente a 120 gestantes, con indicación de Monitorización fetal electrónica, datos obtenidos de los registros cardiotocográficos, que se encuentran en el libro de procedimientos del Centro obstétrico y del servicio de emergencia del Hospital Carlos Monge Medrano, de Juliaca 2023.

3.4.2. Muestra:

Se realizó la investigación con el 100% de la población de pacientes gestantes de 120 gestantes, con diagnóstico de Monitorización fetal electrónica en sus controles.

Criterios de inclusión

- Personas embarazadas que utilicen los servicios del Departamento de Ginecología y Obstetricia del H.C.M.M. de Juliaca.
- Personas embarazadas que cuenten con documentación médica completa.
- Mujeres embarazadas durante el periodo especificado.

Criterios de exclusión

- Personas embarazadas con documentación médica parcial.

- Mujeres embarazadas con historial médico que no participaron en el monitoreo electrónico.
- Mujeres embarazadas cuyos historiales médicos no se ajustan al plazo especificado.

3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. Técnica:

- **Variable 1:** Monitorización fetal electrónica
- **Técnica:** Análisis documental
- **Variables 2:** Vía de culminación del parto.
- **Técnica:** Análisis documental

3.5.2. Instrumentos

- **Variable 1:** Monitorización fetal electrónica.
- **Instrumento:** Ficha de recopilación de datos.
- **Variables 2:** Vía de culminación del parto.
- **Instrumento:** Ficha de recolección de datos.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y Procesamiento de DATOS

Ordenamos, interpretamos y analizamos los datos mediante un método llamado prueba de chi-cuadrado. Puede consultar el valor de chi-cuadrado en una tabla especial que muestra la distribución de los datos. Esta tabla incluye detalles importantes y una fórmula para usar:



$$x^2 \text{ calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.7.1. Validación

Se realizó mediante juicio de expertos, con la participación de tres profesionales especializados en metodología de la investigación, área científica y aspectos lingüísticos, quienes intervinieron en la evaluación del instrumento antes de su aplicación.

3.7.2. Confiabilidad

Utilizamos una prueba especial llamada alfa de Cronbach para asegurar la fiabilidad de nuestro método. Esta prueba tiene un rango de puntuación. Si la puntuación es de 0,70 o superior, es buena. Esto significa que nuestro método funciona bien en conjunto. Pero si es inferior a 0,70, no es tan buena, ya que demuestra que nuestro método no es coherente. La mejor puntuación que esperamos es 0,90. Si obtenemos una puntuación superior a 0,90, podría significar que nuestro método tiene componentes repetidos o adicionales.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Se realizó la investigación con el 100% de la población de pacientes gestantes de 120 gestantes, con diagnóstico de Monitorización fetal electrónica en sus controles, que fueron atendidas durante el año 2023.

En la presente tesis tuvo como objetivo general "Determinar la monitorización fetal electrónica, y su relación con la culminación de vía del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca".

La monitorización fetal electrónica relacionado a la culminación de vía del parto en pacientes del hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023. Se reflejó en un p-valor de 0.841, superior al nivel de significancia del 5%. Por lo tanto, se rechaza parcialmente la hipótesis planteada en esta investigación.



Tabla 1. EDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.

| Edad Materna | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|--------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| < 18 años | 18 | 15.0 | 9 | 7.5 | 27 | 22.5 |
| 18 - 35 años | 45 | 37.5 | 22 | 18.3 | 67 | 55.8 |
| > 35 años | 19 | 15.8 | 7 | 5.8 | 26 | 21.7 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

$X^2_{cal} = 0,347$

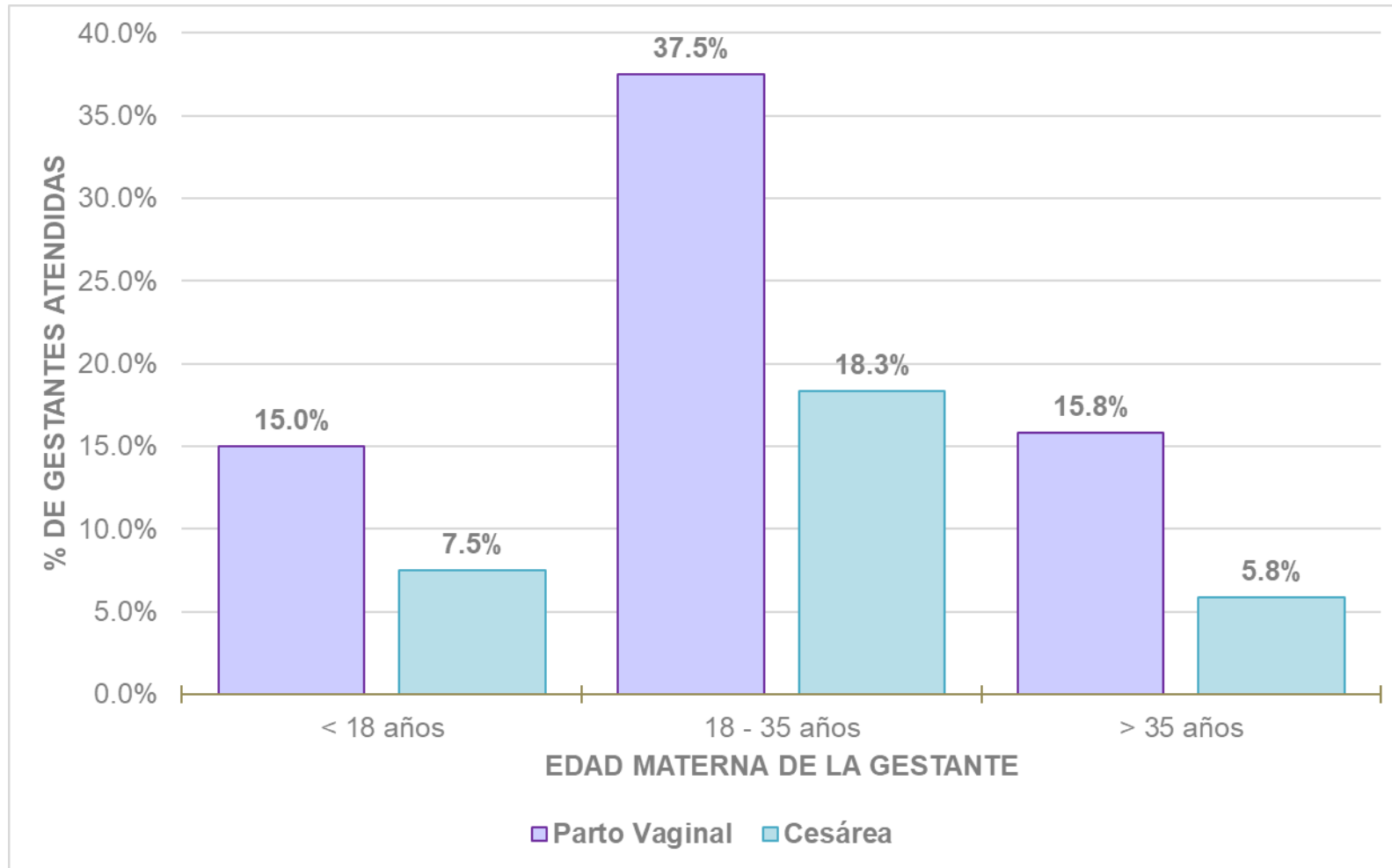
$Ns = 0,841$

NO ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,99$

$G1 = 2$

FIGURA 1.



Fuente: Tabla 1



INTERPRETACIÓN:

La Tabla 1 muestra la Edad materna y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Analizamos dos formas de nacimiento: por vía vaginal o mediante cirugía. Estudiamos a madres en tres grupos de edad: menores de 18 años, de 18 a 35 años y mayores de 35.

En el grupo de gestantes menores de 18 años, la vía predominante es el parto vaginal, con 18 casos (15.0%), mientras que las cesáreas representan 9 casos (7.5%). Este grupo aporta el 22.5% del total de partos. Este resultado podría estar influenciado por una menor prevalencia de complicaciones obstétricas que requieran cesárea en adolescentes, aunque también refleja la atención obstétrica brindada en este hospital.

En el grupo de 18 a 35 años, el parto vaginal es igualmente la vía más frecuente, con 45 casos (37.5%), seguido de 22 casos (18.3%) de cesáreas. Este rango de edad aporta la mayor proporción de partos, con el 55.8% del total, con menores riesgos relacionados con la edad para las complicaciones obstétricas.

En el grupo de gestantes mayores de 35 años, el parto vaginal representa 19 casos (15.8%), mientras que las cesáreas suman 7 casos (5.8%). Este grupo contribuye con el 21.7% del total de partos. La menor proporción de partos en este grupo podría reflejar una disminución en la fecundidad con la edad, además de un mayor riesgo de complicaciones que podría limitar el número de embarazos.



Valor de la prueba de chi cuadrado:

En este estudio, utilizamos un método llamado prueba de chi-cuadrado para establecer si la edad de la madre influye en el nacimiento de los bebés. Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 0.347
- Gl: 2
- P-valor: 0.841

Como el valor p (0,841) es mayor que 0,05, no podemos rechazar la hipótesis nula.

Discusión: Según Armenian. (5), en su investigación concluye que la importancia del monitoreo fetal ayuda a determinar la edad de la madre con la vía de terminación del parto; en comparación a nuestra investigación encontramos similar resultado, esto significa que en este grupo, la edad de la madre no afecta realmente cómo nace el bebé.



TABLA 2. GRADO DE INSTRUCCIÓN Y SU RELACION CON LA VIA DE CULMINACION DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS.

| Grado de Instrucción | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|------------------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| Primaria Incompleta | 4 | 3.3 | 2 | 1.7 | 6 | 5.0 |
| Primaria Completa | 12 | 10.0 | 7 | 5.8 | 19 | 15.8 |
| Secundaria Incompleta | 15 | 12.5 | 8 | 6.7 | 23 | 19.2 |
| Secundaria Completa | 27 | 22.5 | 15 | 12.5 | 42 | 35.0 |
| Superior Técnica | 14 | 11.7 | 4 | 3.3 | 18 | 15.0 |
| Superior Universitaria | 10 | 8.3 | 2 | 1.7 | 12 | 10.0 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

$X^2_{cal} = 2,654$

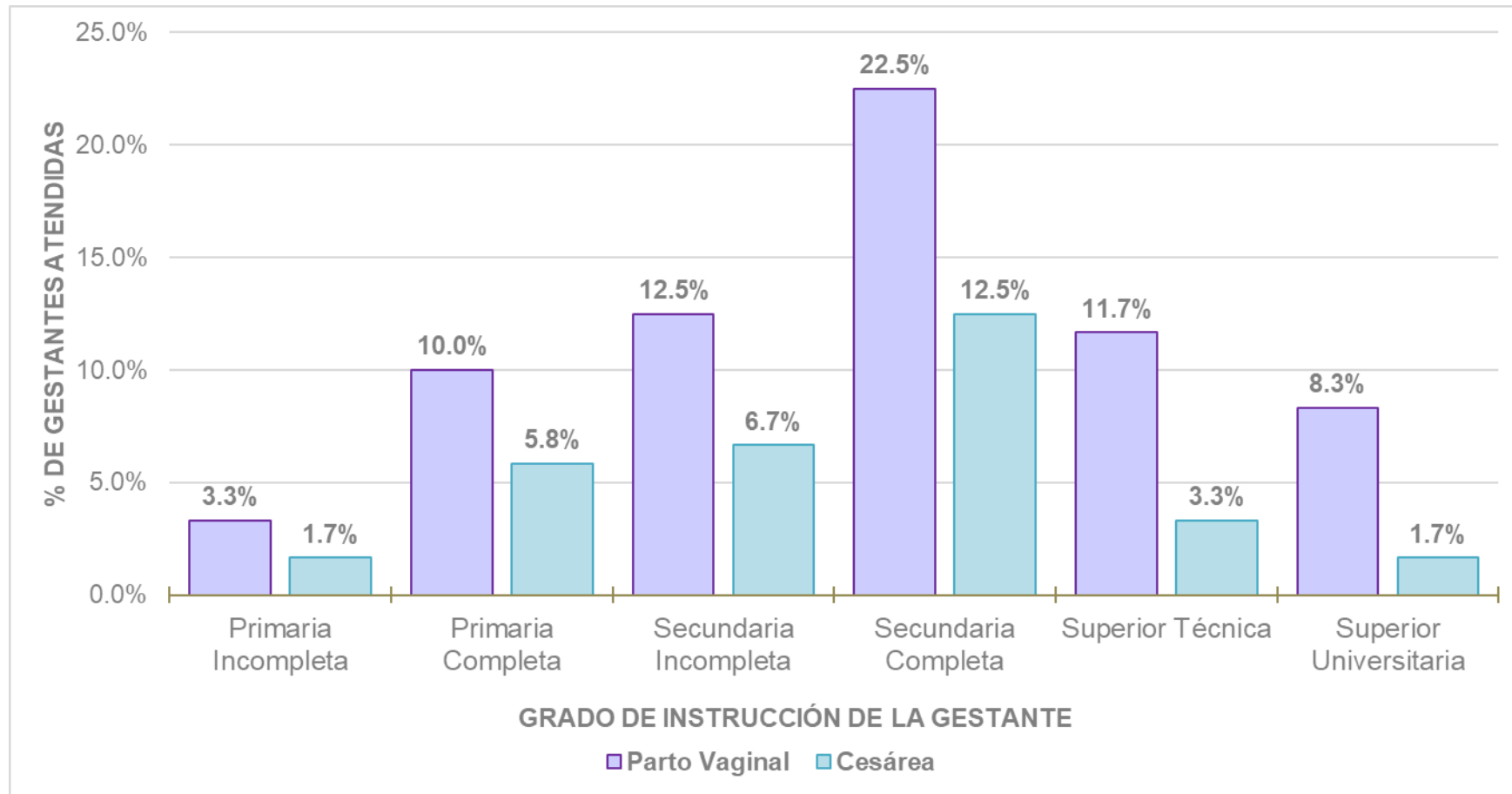
$Ns = 0,753$

NO ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 11,07$

$G1 = 5$

FIGURA 2.



Fuente: Tabla 2



INTERPRETACIÓN:

La Tabla 2 muestra el grado de instrucción y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de seis niveles educativos.

Los gestantes con primaria incompleta, el parto vaginal es la vía más común, con 4 casos (3.3%), mientras que las cesáreas representan 2 casos (1.7%), siendo este el grupo menos representado con un 5.0% del total.

En el grupo con primaria completa, se registraron 12 casos (10.0%) de partos vaginales y 7 casos (5.8%) de cesáreas, lo que representa el 15.8% del total.

En las gestantes con secundaria incompleta, el parto vaginal predominó con 15 casos (12.5%), seguido por 8 casos (6.7%) de cesáreas, representando el 19.2% del total.

Las gestantes con secundaria completa mostraron la mayor proporción de partos, con 27 casos (22.5%) de partos vaginales y 15 casos (12.5%) de cesáreas, aportando el 35.0% del total.

En el grupo con superior técnica, el parto vaginal predominó con 14 casos (11.7%), mientras que las cesáreas representaron 4 casos (3.3%), con un aporte total del 15.0%.

Finalmente, las gestantes con superior universitaria presentaron 10 casos (8.3%) de partos vaginales y 2 casos (1.7%) de cesáreas, representando el 10.0% del total.



Valor de la prueba de chi cuadrado:

Utilizamos la prueba de chi-cuadrado para establecer si existe una relación importante entre el nivel de educación de una persona y su acceso a los bienes.

Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 2.654
- Gl: 5
- P-valor: 0.753

El valor p aquí es de 0,753, superior al valor importante habitual de 0,05. Esto demuestra que no podemos rechazar la idea inicial. En realidad, esto significa que, en nuestro ejemplo, la cantidad de estudios que ha cursado una persona no influye en su educación.

Discusión: Según Godoy. (6), concluyó en su investigación, las gestantes con superior universitaria presentaron 11 casos (8.7%) de partos vaginales y 2 casos (1.7%) de cesáreas, representando el 10.0% del total. Al igual que nuestros resultados.



TABLA 3. ESTADO CIVIL Y SU RELACION DE VIA DE TERMINACION DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023.

| Estado Civil | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|--------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| Conviviente | 34 | 28.3 | 21 | 17.5 | 55 | 45.8 |
| Soltera | 28 | 23.3 | 12 | 10.0 | 40 | 33.3 |
| Casada | 20 | 16.7 | 5 | 4.2 | 25 | 20.8 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

$X^2_{cat} = 2,703$

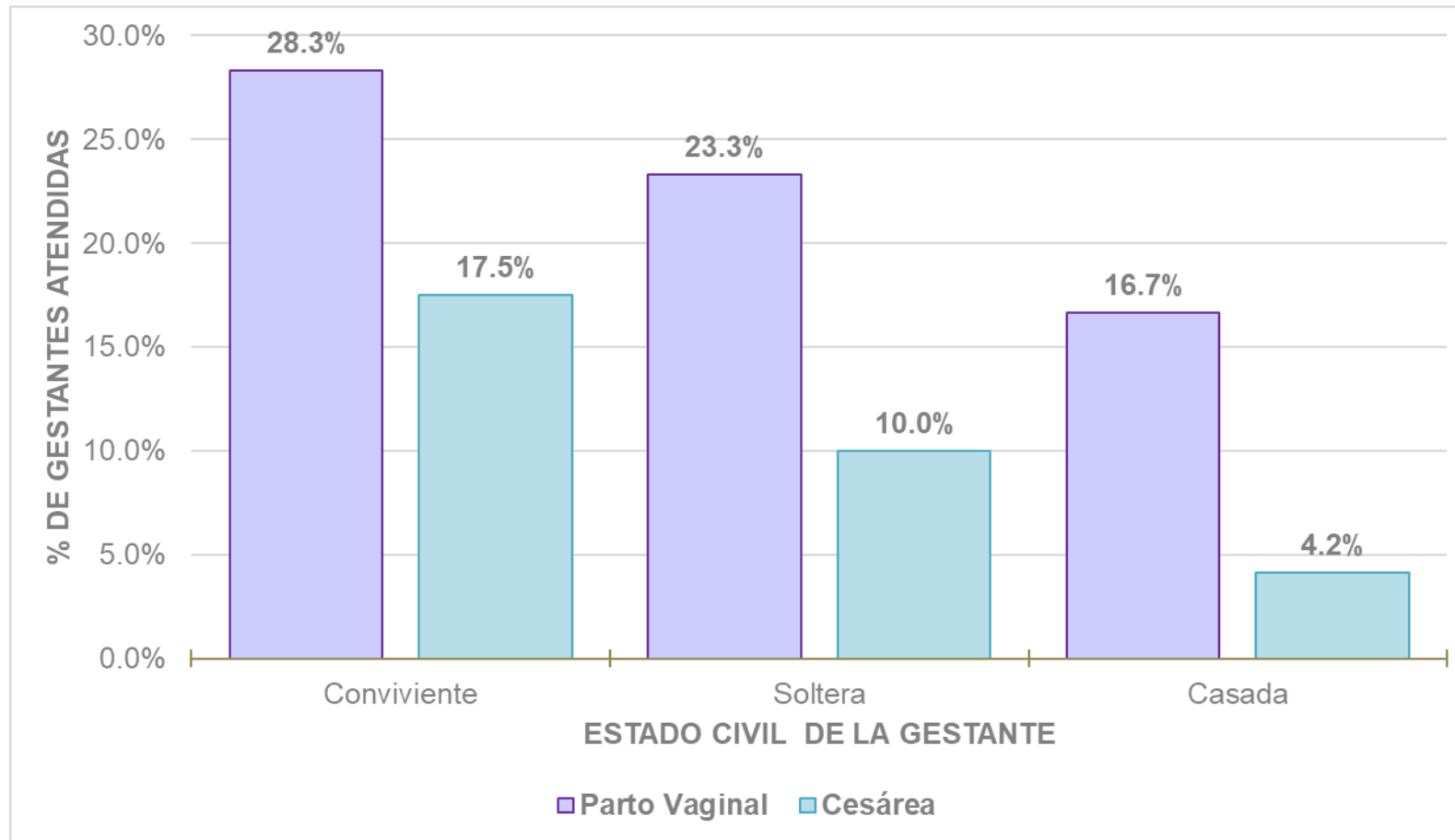
$Ns = 0,259$

NO ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,99$

$G1 = 2$

FIGURA 3.



Fuente: Tabla 3

INTERPRETACIÓN:

La Tabla 3 muestra el estado civil y su relación de vía de terminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres estados civiles: conviviente, soltera, y casada.

En el grupo de gestantes convivientes, el parto vaginal es la vía más común, con 34 casos (28.3%), seguido de 21 casos (17.5%) de cesáreas. Este grupo aporta la mayor proporción de partos, con el 45.8% del total, lo que refleja una mayor prevalencia de convivientes en la población estudiada.

En el grupo de solteras, el parto vaginal también predomina, con 28 casos (23.3%), mientras que las cesáreas representan 12 casos (10.0%). Este grupo representa el 33.3% del total de partos, lo que podría estar relacionado con factores sociales o económicos que influyen en el acceso a diferentes vías de culminación del parto.

En el grupo de casadas, el parto vaginal predomina con 20 casos (16.7%), mientras que las cesáreas corresponden a 5 casos (4.2%). Este grupo aporta el 20.8% del total de partos, siendo el menos representado en la muestra, lo que podría reflejar una menor proporción de casadas en la población atendida.

Valor de la prueba de chi cuadrado:

Utilizamos una prueba de matemáticas especial para ver si el estado civil de las personas influye en cómo reciben sus envíos. Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 2.703
- Gl: 2



- P-valor: 0.259

El valor p es de 0,259, superior al nivel de importancia habitual de 0,05. Por lo tanto, no podemos rechazar la idea inicial. Esto significa que no encontramos una relación sólida entre el hecho de que las personas estén casadas o no y la forma en que se entregan sus paquetes en este grupo.

Discusión: Luque. (7), en su investigación concluye que, de acuerdo a su muestra, no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la vía de culminación del parto, resultado que concuerda con el presente trabajo, Porque el valor p (0,259) es mayor que el número importante habitual (0,05).



TABLA 4. NÚMERO DE GESTACIONES Y SU RELACION CON LA VIA DE CULMINACION DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS.

| Número de Gestaciones | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|-----------------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | Fi | % | | |
| Primigesta | 44 | 36.7 | 20 | 16.7 | 64 | 53.3 |
| Multigesta | 25 | 20.8 | 11 | 9.2 | 36 | 30.0 |
| Gran multigesta | 13 | 10.8 | 7 | 5.8 | 20 | 16.7 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

$X^2_{cal} = 0,128$

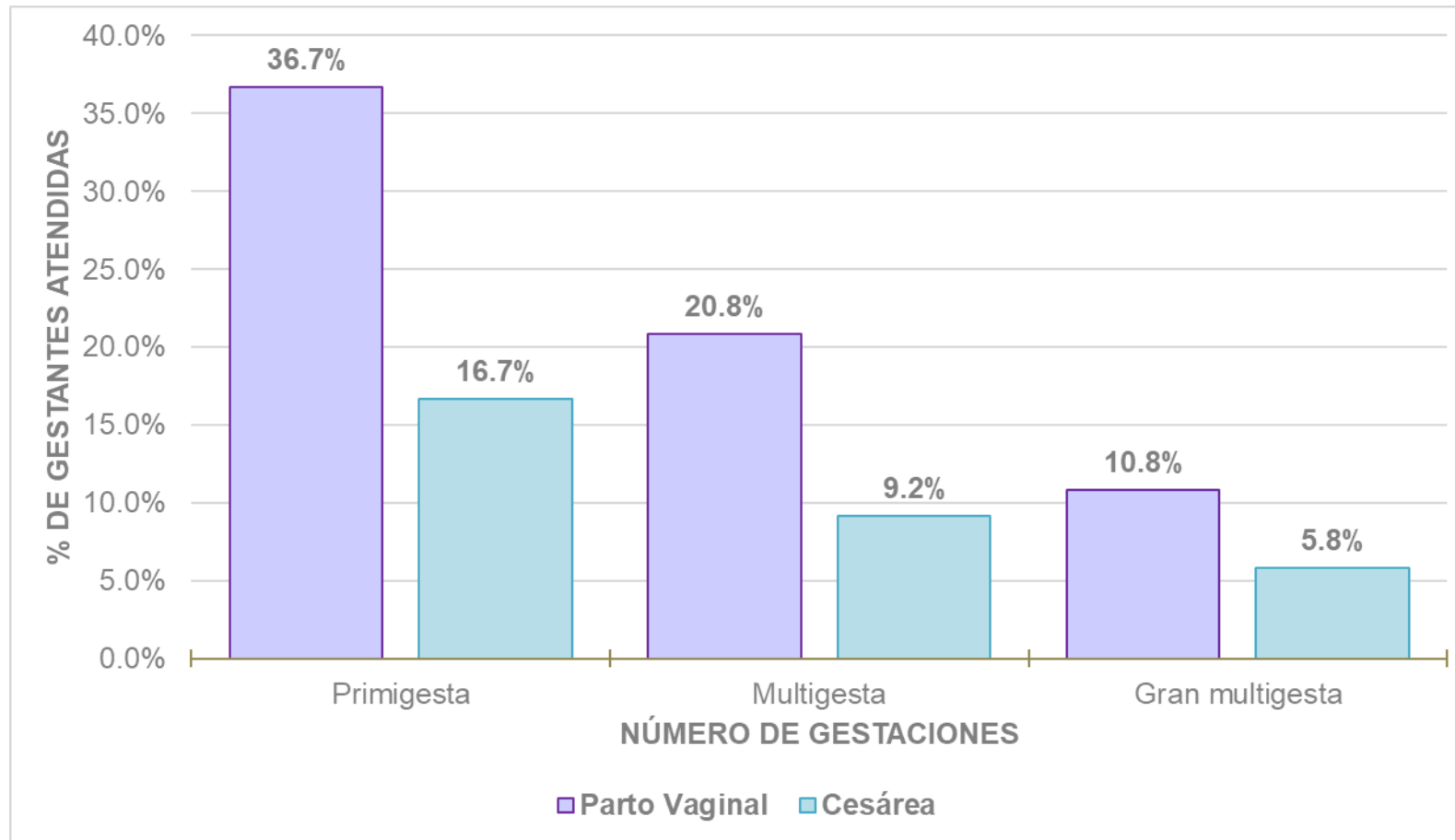
$Ns = 0,938$

NO ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,99$

$G1 = 2$

FIGURA 4.



Fuente: Tabla 4



INTERPRETACIÓN:

La Tabla 4 muestra el número de gestaciones y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca 2023. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres categorías de gestación: primigesta, multigesta, y gran multigesta.

En el grupo de gestantes primigestas, el parto vaginal es la vía más común, con 44 casos (36.7%), mientras que las cesáreas representan 20 casos (16.7%). Este grupo aporta la mayor proporción de partos, con el 53.3% del total. Este resultado podría estar asociado con el hecho de que las primigestas suelen recibir atención médica más intensiva, lo que podría influir en las decisiones sobre la vía de culminación del parto.

En el grupo de multigestas, el parto vaginal es igualmente predominante, con 25 casos (20.8%), seguido de 11 casos (9.2%) de cesáreas. Este grupo representa el 30.0% del total de partos, lo que podría estar relacionado con la experiencia previa de parto de las gestantes.

En el grupo de gran multigestas, el parto vaginal se observa en 13 casos (10.8%), mientras que las cesáreas suman 7 casos (5.8%). Este grupo aporta el 16.7% del total de partos, reflejando una menor proporción de gran multigestas en la población atendida.



Valor de la prueba de chi cuadrado:

En este estudio, manejamos una prueba matemática especial llamada prueba de chi-cuadrado para establecer si la forma en que nacen los bebés está relacionada con el número de embarazos que ha tenido una mujer. Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 0.128
- Gl: 2
- P-valor: 0.938

Dado que el valor p (0,938) es mayor que el nivel importante habitual (0,05), no podemos decir que no a la hipótesis nula.

Discusión: según Martínez. (8), concluye con su investigación diciendo, las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres categorías de gestación: primigesta, multigesta, y gran multigesta resaltando las multigestas, las que tuvieron parto vaginal siendo igualmente predominante, con 25 casos (20.8%), al igual que nuestros resultados. Esto demuestra que el número de veces que una persona ha estado embarazada realmente no afecta la forma en que nace su bebé.



TABLA 5. EDAD GESTACIONAL Y SU RELACION CON LA VIA DE CULMINACION DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS .

| Edad Gestacional | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|-------------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| 28 - 36 semanas | 17 | 14.2 | 21 | 17.5 | 38 | 31.7 |
| 37 a 40 semanas | 40 | 33.3 | 8 | 6.7 | 48 | 40.0 |
| Más de 40 semanas | 25 | 20.8 | 9 | 7.5 | 34 | 28.3 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

$X^2_{cat} = 15,193$

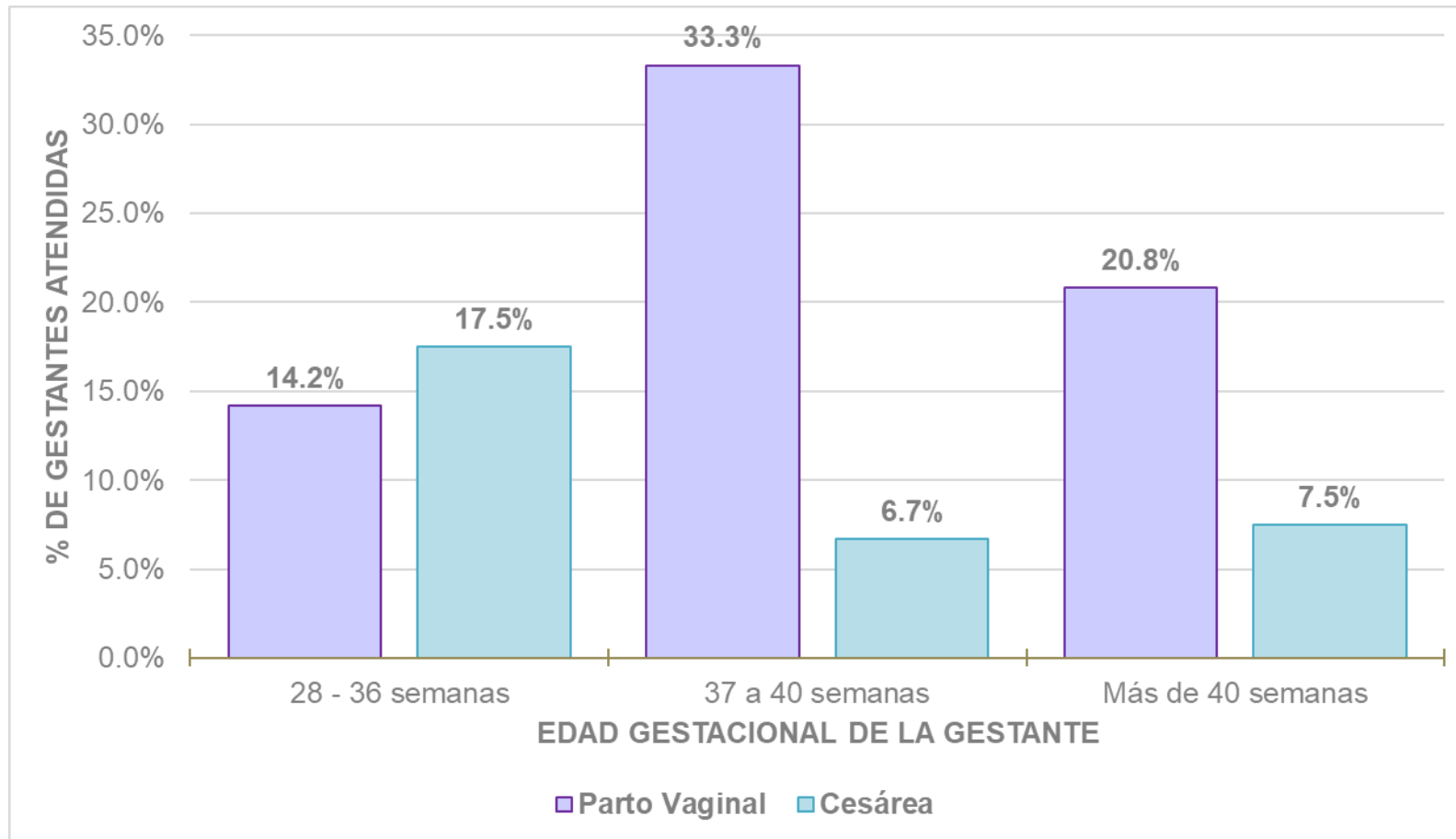
$Ns = 0,001$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,99$

$G1 = 2$

FIGURA 5.



Fuente: Tabla 5



INTERPRETACIÓN:

La Tabla 5 muestra la edad gestacional y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres rangos de edad gestacional: 28 - 36 semanas, 37 a 40 semanas, y más de 40 semanas.

En el grupo de gestantes con 28 - 36 semanas de gestación, la cesárea es la vía predominante, con 21 casos (17.5%), mientras que los partos vaginales suman 17 casos (14.2%). Este rango representa el 31.7% del total de partos, lo que podría estar relacionado con complicaciones frecuentes en partos pretérmino que requieren intervención quirúrgica.

En el grupo con 37 a 40 semanas de gestación, el parto vaginal es la vía predominante, con 40 casos (33.3%), mientras que las cesáreas son menos frecuentes, con 8 casos (6.7%). Este es el grupo más representado, aportando el 40.0% del total, reflejando la tendencia hacia partos espontáneos a término.

En el grupo de gestantes con más de 40 semanas de gestación, el parto vaginal también predomina, con 25 casos (20.8%), mientras que las cesáreas representan 9 casos (7.5%). Este grupo aporta el 28.3% del total de partos, lo que podría estar relacionado con la necesidad de inducir o programar el parto en gestaciones prolongadas.



Valor de la prueba de chi cuadrado:

En nuestra investigación, probamos una prueba matemática única, la prueba de chi-cuadrado. Queríamos comprobar si existía una relación clara entre el tiempo que un bebé crece antes de nacer y el método de nacimiento. Eso era lo que estábamos investigando:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 15.193
- Gl: 2
- P-valor: 0.001

El valor p es de 0,001, inferior al valor de corte habitual de 0,05. Esto significa que encontramos una relación significativa entre el tiempo de crecimiento del feto antes del nacimiento y la forma en que nace en este grupo de casos.

Discusión: Castro. (9), concluye en su investigación con gestantes con más de 40 semanas de gestación, tuvieron parto vaginal y predomina, con (20.9%), mientras que las cesáreas representan el (8.5%). En comparación a nuestra investigación encontramos que con 37 a 40 semanas de gestación, el parto vaginal es la vía predominante, con 40 casos (33.3%), mientras que las cesáreas son menos frecuentes, con 8 casos (6.7%), después de observar las cifras, vemos que el momento en que nace un bebé, ya sea antes o después del embarazo, realmente influye en cómo viene al mundo.

TABLA 6. LÍNEA DE BASE DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL Y SU RELACION CON LA VIA DE CULMINACION DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS.

| Línea de Base | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|--------------------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| 0: <100 o >180 lpm | 9 | 7.5 | 18 | 15.0 | 27 | 22.5 |
| 1: 100-119 o 161-180 lpm | 29 | 24.2 | 19 | 15.8 | 48 | 40.0 |
| 2: 120-160 lpm | 44 | 36.7 | 1 | 0.8 | 45 | 37.5 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

$$X^2_{cat} = 34,705$$

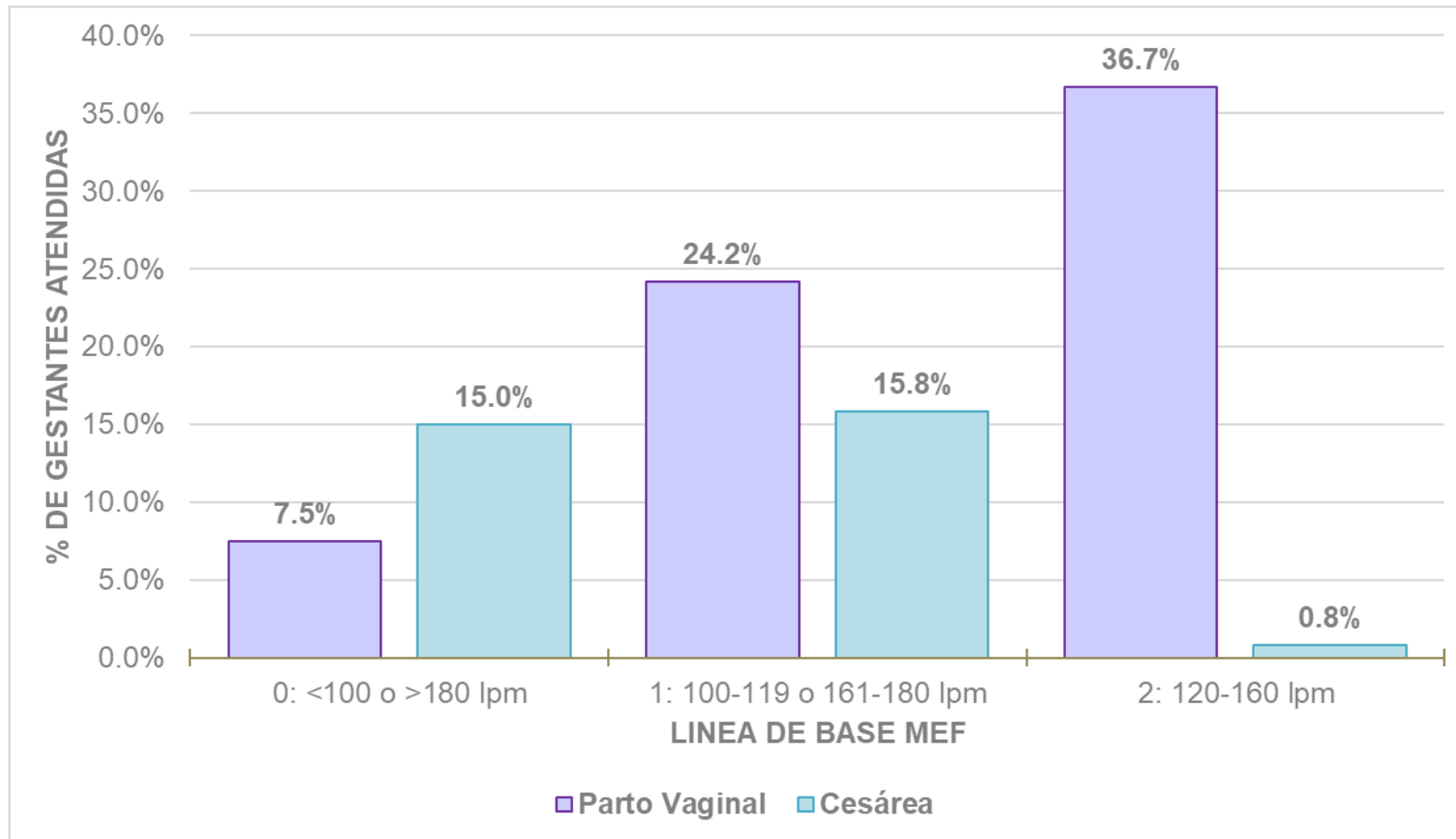
$$Ns = 0,00000003$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,99$$

$$G1 = 2$$

FIGURA 6.



Fuente: Tabla 6



INTERPRETACIÓN:

La Tabla 6 muestra la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres categorías de frecuencia cardíaca fetal.

En el grupo de gestantes con una frecuencia cardíaca fetal <100 o >180 lpm, predominan las cesáreas, con 18 casos (15.0%), mientras que los partos vaginales suman 9 casos (7.5%). Este grupo representa el 22.5% del total de partos, lo que podría reflejar la necesidad de intervención quirúrgica debido a la presencia de alteraciones significativas en la frecuencia cardíaca fetal.

En el grupo con una frecuencia cardíaca fetal de 100-119 o 161-180 lpm, el parto vaginal es la vía más común, con 29 casos (24.2%), mientras que las cesáreas suman 19 casos (15.8%). Este grupo aporta el 40.0% del total de partos, lo que sugiere una mayor diversidad en las vías de culminación del parto asociada a variaciones moderadas de la frecuencia cardíaca fetal.

En el grupo con una frecuencia cardíaca fetal normal de 120-160 lpm, el parto vaginal predomina ampliamente, con 44 casos (36.7%), y las cesáreas son muy poco frecuentes, con solo 1 caso (0.8%). Este grupo representa el 37.5% del total, reflejando una asociación entre condiciones normales de la frecuencia cardíaca fetal y el parto vaginal.



Valor de la prueba de chi cuadrado:

En nuestro estudio, utilizamos una prueba de chi-cuadrado para establecer si existe una relación importante entre la frecuencia cardíaca del bebé antes del nacimiento y su forma de nacimiento. Esto es lo que encontramos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 34.705
- Gl 2
- P-valor: 0,00000003 (3×10^{-8})

Dado que el valor p (0,00000003) es inferior al nivel de significancia convencional (0,05), se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal y la vía de culminación del parto en la muestra analizada.

Discusión: Chávez. (10) en su investigación concluye el parto vaginal predomina (38.9%), y las cesáreas son muy poco frecuentes, con (0.9%). reflejando una asociación entre condiciones normales de la frecuencia cardíaca fetal y el parto vaginal. En comparación a nuestros resultados, aprendimos que la frecuencia cardíaca inicial de un bebé antes del nacimiento y la forma en que nace están estrechamente relacionadas.



TABLA 7. VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL Y SU RELACION CON LA VIA DE CULMINACION DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS

| Variabilidad | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|--------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| 0: < 5 | 0 | 0.0 | 17 | 14.2 | 17 | 14.2 |
| 1: 5-9 o >25 | 42 | 35.0 | 17 | 14.2 | 59 | 49.2 |
| 2: 10-25 | 40 | 33.3 | 4 | 3.3 | 44 | 36.7 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cat} = 47,270$

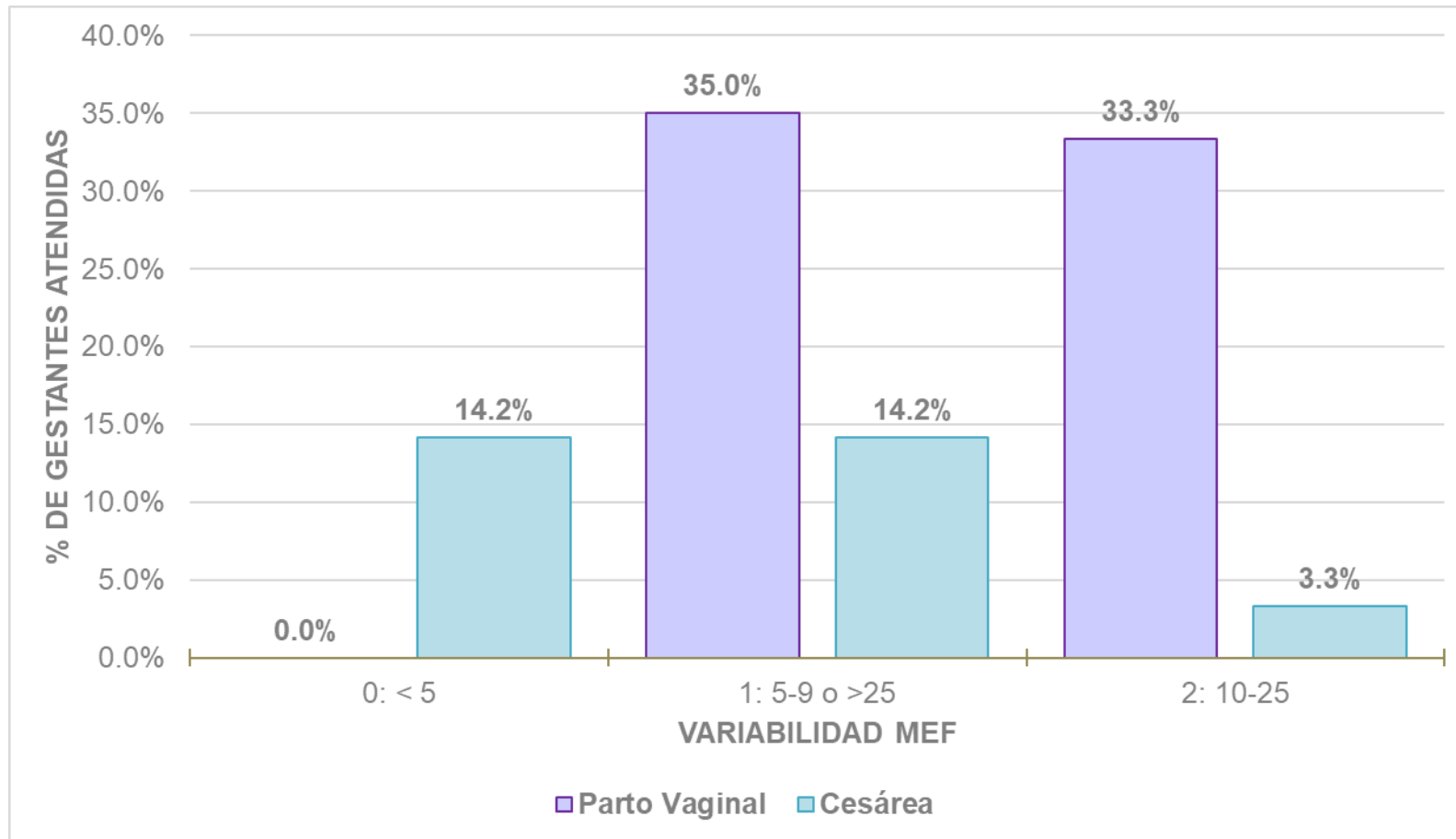
$Ns = 0,00000000001$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,99$

$G1 = 2$

FIGURA 7.



Fuente: Tabla 7



INTERPRETACIÓN:

La Tabla 7 muestra la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres categorías de variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal.

En el grupo con variabilidad < 5 , no se registraron partos vaginales (0 casos, 0.0%), mientras que las cesáreas fueron la única vía de culminación, con 17 casos (14.2%). Este grupo representa el 14.2% del total de partos, reflejando que una variabilidad mínima de la frecuencia cardíaca fetal está asociada predominantemente a intervenciones quirúrgicas debido a posibles complicaciones.

En el grupo con variabilidad de 5-9 o >25 , el parto vaginal es la vía más frecuente, con 42 casos (35.0%), seguido de 17 casos (14.2%) de cesáreas. Este grupo aporta el 49.2% del total de partos, siendo el más representado, lo que sugiere una combinación de partos vaginales y cesáreas en presencia de variabilidad leve o elevada.

En el grupo con variabilidad de 10-25, el parto vaginal predomina con 40 casos (33.3%), mientras que las cesáreas son poco frecuentes, con solo 4 casos (3.3%). Este grupo representa el 36.7% del total, reflejando que una variabilidad moderada de la frecuencia cardíaca fetal está mayormente asociada a partos vaginales.



Valor de la prueba de chi cuadrado:

Utilizamos una prueba de chi-cuadrado para establecer si existe una correlación significativa entre los cambios en la frecuencia cardíaca de un bebé antes del nacimiento y su forma de nacimiento. Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 47.270
- Gl: 2
- P-valor: 0,00000000001 (1×10^{-11})

Dado que el p-valor (0,00000000001) es menor que el nivel de significativo (0.05), descubrimos que los cambios en la frecuencia cardíaca de un bebé antes del nacimiento pueden decirnos mucho sobre cómo nacerá en este grupo de casos.

Discusión: Según Espinoza. (11), concluye en su investigación que el parto vaginal es la vía más frecuente, con (38.0%), seguido de (17.3%) de cesáreas, siendo el más representado, lo que sugiere una combinación de partos vaginales y cesáreas en presencia de variabilidad leve o elevada. En comparación a nuestros resultados, encontramos que la variabilidad de 5-9 o >25, el parto vaginal es la vía más frecuente, con 42 casos (35.0%), seguido de 17 casos (14.2%) cuando analizamos las cesáreas, descubrimos que los cambios en la frecuencia cardíaca del bebé tienen una gran relación con cómo nace.



TABLA 8. PRESENCIA DE ACELERACIONES EN LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL Y SU RELACION CON LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS.

| Aceleración | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|--------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| 0; 0 | 0 | 0.0 | 15 | 12.5 | 15 | 12.5 |
| 1: 1-4 | 47 | 39.2 | 16 | 13.3 | 63 | 52.5 |
| 2: >5 | 35 | 29.2 | 7 | 5.8 | 42 | 35.0 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cat} = 37,880$

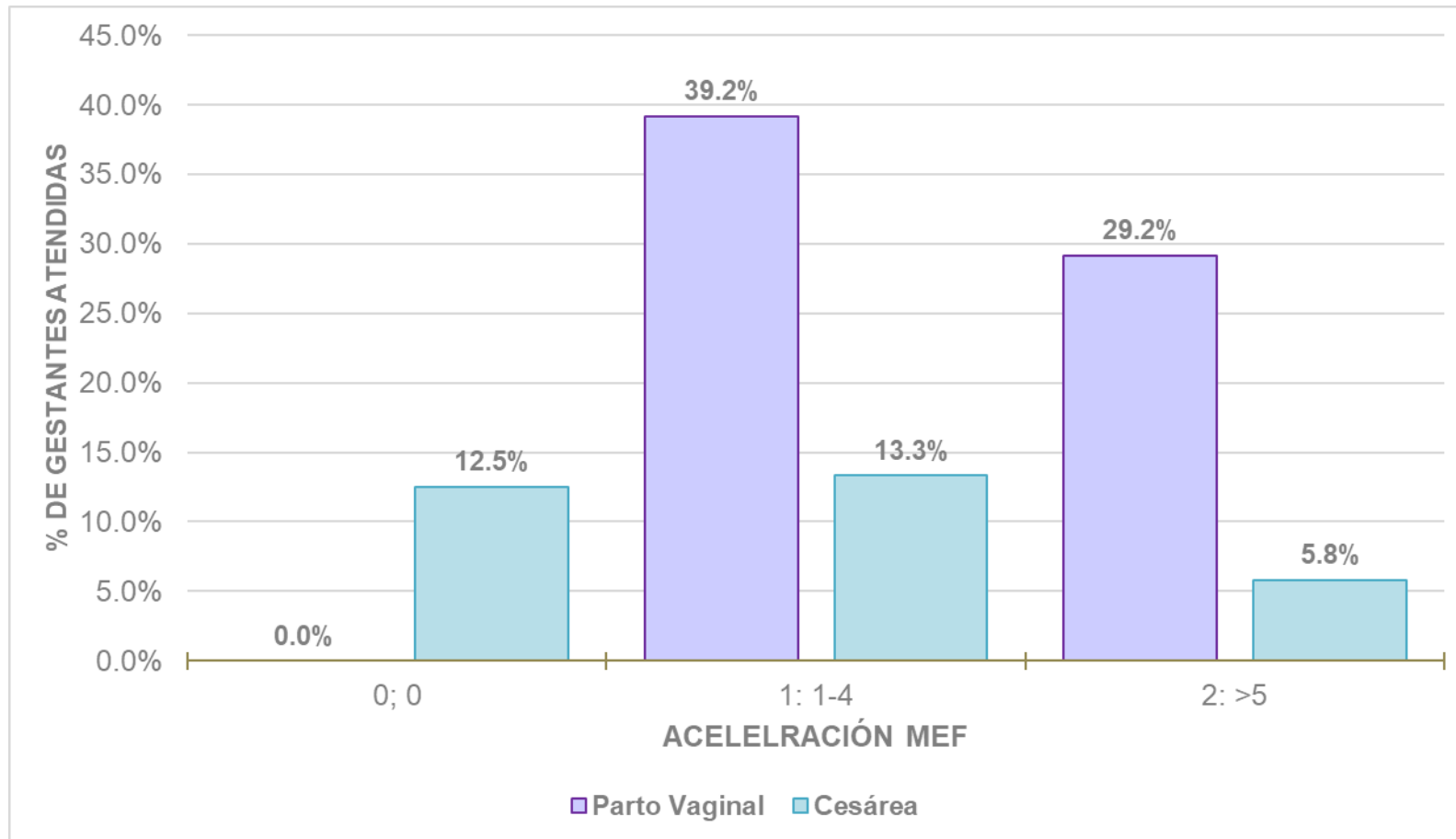
$Ns = 0,000000006$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,99$

$G1 = 2$

FIGURA 8.



Fuente: Tabla 8



INTERPRETACIÓN:

La Tabla 8 muestra la presencia de aceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres categorías de aceleraciones.

En el grupo con 0 aceleraciones, no se registraron partos vaginales (0 casos, 0.0%), mientras que las cesáreas representaron todos los casos, con 15 casos (12.5%). Este grupo aporta el 12.5% del total, lo que indica que la ausencia de aceleraciones está exclusivamente asociada con intervenciones quirúrgicas debido a posibles complicaciones fetales.

En el grupo con 1-4 aceleraciones, el parto vaginal es predominante, con 47 casos (39.2%), seguido de 16 casos (13.3%) de cesáreas. Este grupo representa el 52.5% del total de partos, reflejando un balance entre las dos vías de culminación en presencia de aceleraciones moderadas.

En el grupo con >5 aceleraciones, el parto vaginal también predomina, con 35 casos (29.2%), mientras que las cesáreas son menos frecuentes, con 7 casos (5.8%). Este grupo aporta el 35.0% del total, lo que sugiere que una mayor presencia de aceleraciones está asociada principalmente con partos vaginales.



Valor de la prueba de chi cuadrado:

En nuestro estudio, queríamos comprobar si existía una verdadera relación entre la velocidad de los cambios y cómo se producen. Para ello, utilizamos la prueba de chi-cuadrado. Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 37.880
- Gl: 2
- P-valor: 0,000000006 (6×10^{-9})

Dado que el p-valor (0,000000006) es menor que el nivel de significativo estándar (0.05), se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de aceleraciones y la vía de culminación del parto en esta muestra.

Discusión: Según Valera. (12), en su investigación determina que con 1-4 aceleraciones, el parto vaginal es predominante, con (40.2%), seguido (13.3%) de cesáreas. En comparación a nuestros resultados encontramos que con 1-4 aceleraciones, el parto vaginal es predominante, con 47 casos (39.2%), seguido de 16 casos (13.3%) de cesáreas. Este grupo representa el 52.5% del total de partos, reflejando un balance entre las dos vías de culminación en presencia de aceleraciones moderadas, descubrimos que cuando el parto se acelera, a menudo significa que el bebé nacerá antes.



TABLA 9. PRESENCIA DE DESACELERACIONES TIPO II Y III EN LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL Y SU RELACION CON LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN PACIENTES.

| Desaceleración | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|---------------------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| 0: Dip II>60% Dip III>60% | 9 | 7.5 | 21 | 17.5 | 30 | 25.0 |
| 1: Dip II<40% Dip III<40% | 34 | 28.3 | 17 | 14.2 | 51 | 42.5 |
| 2: Ausente | 39 | 32.5 | 0 | 0.0 | 39 | 32.5 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cat} = 38,511$

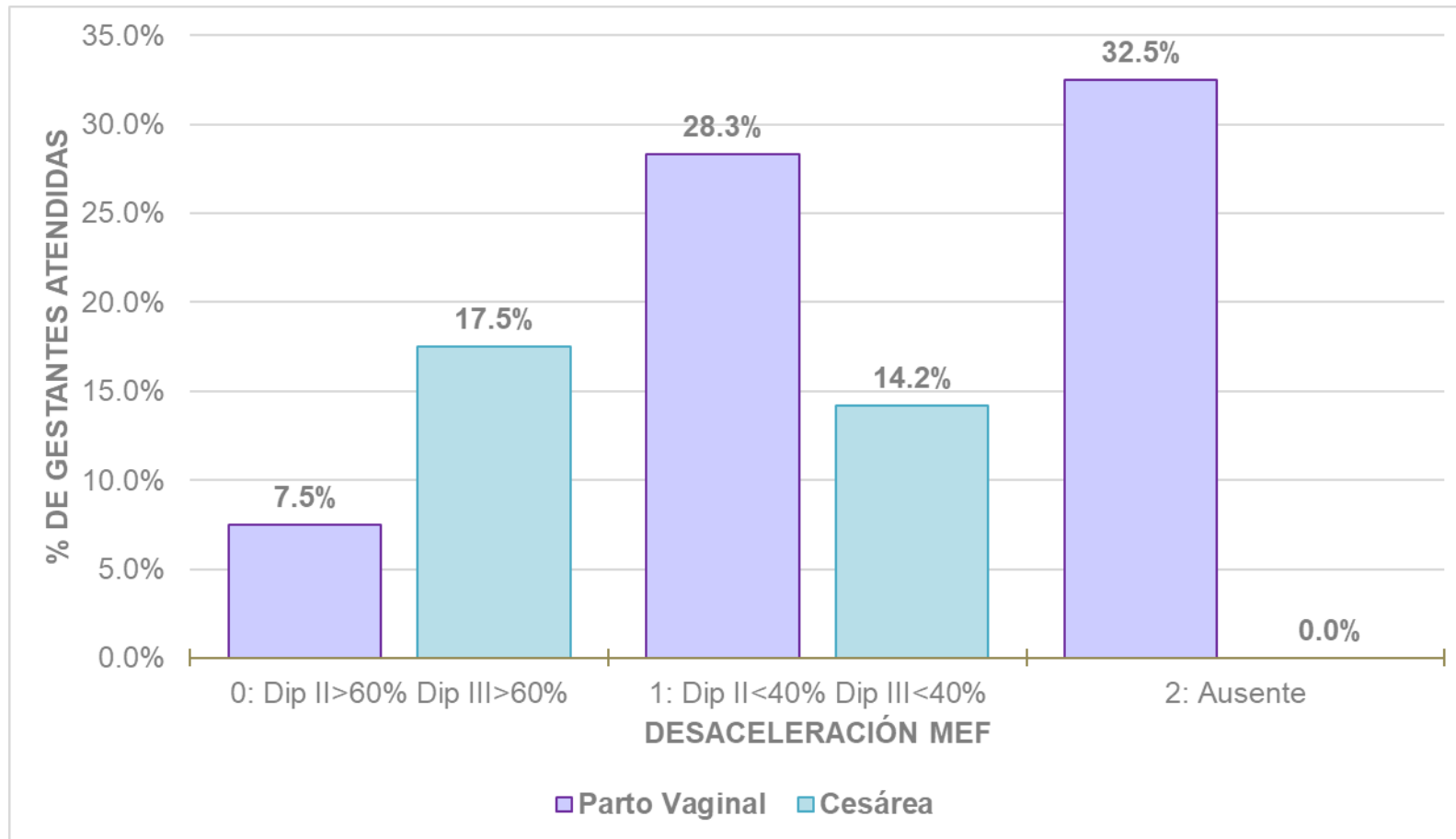
$Ns = 0,000000004$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,99$

$G1 = 2$

FIGURA 9.



Fuente: Tabla 9



INTERPRETACIÓN:

La Tabla 9 muestra la presencia de desaceleraciones tipo II y III en la frecuencia cardíaca fetal y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres categorías de desaceleraciones.

En el grupo con Dip II >60% y Dip III >60%, el parto vaginal se registró en 9 casos (7.5%), mientras que las cesáreas fueron predominantes, con 21 casos (17.5%). Este grupo representa el 25.0% del total de partos, reflejando que desaceleraciones significativas están mayormente asociadas con la necesidad de intervenciones quirúrgicas.

En el grupo con Dip II <40% y Dip III <40%, el parto vaginal es la vía más común, con 34 casos (28.3%), seguido de 17 casos (14.2%) de cesáreas. Este grupo representa el 42.5% del total de partos, siendo el más representado y reflejando un balance entre las dos vías de culminación en presencia de desaceleraciones leves.

En el grupo donde las desaceleraciones estuvieron ausentes, todos los partos fueron vaginales (39 casos, 32.5%) y no se registraron cesáreas (0 casos, 0.0%). Este grupo representa el 32.5% del total, indicando que la ausencia de desaceleraciones está exclusivamente asociada con partos vaginales.



Valor de la prueba de chi cuadrado:

En nuestro estudio, utilizamos una prueba de chi-cuadrado para establecer si existe una relación real entre el tipo de desaceleraciones (tipo II y III) y la finalización del parto. Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 38.511
- Grados de libertad (gl): 2
- P-valor: 0,000000004 (4×10^{-9})

Dado que el valor p (0,000000004) es menor al nivel de significancia establecido (0,05), se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de desaceleraciones tipo II y III y la vía de culminación del parto en la muestra estudiada.

Discusión: Según Zorrilla. (13), en su investigación determina que con Dip II <41% y Dip III <41%, el parto vaginal es la vía más común, con (29.9%), seguido de (18.4%) de cesáreas. En comparación a nuestros resultados tenemos que con Dip II <40% y Dip III <40%, el parto vaginal es la vía más común, con 34 casos (28.3%), seguido de 17 casos (14.2%) de cesáreas. Este grupo representa el 42.5% del total de partos, siendo el más representado y reflejando un balance entre las dos vías de culminación en presencia de desaceleraciones leves, encontramos que en este grupo de personas, la forma en que termina el parto está fuertemente ligada a ciertos cambios en los latidos del corazón del bebé.



TABLA 10. FRECUENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES Y SU RELACION CON LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023.

| Movimientos Fetales | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|---------------------|------------------------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| 0:0 | 0 | 0.0 | 15 | 12.5 | 15 | 12.5 |
| 1: 1-4 | 46 | 38.3 | 18 | 15.0 | 64 | 53.3 |
| 2: >5 | 36 | 30.0 | 5 | 4.2 | 41 | 34.2 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7 | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

$X^2_{cat} = 39,923$

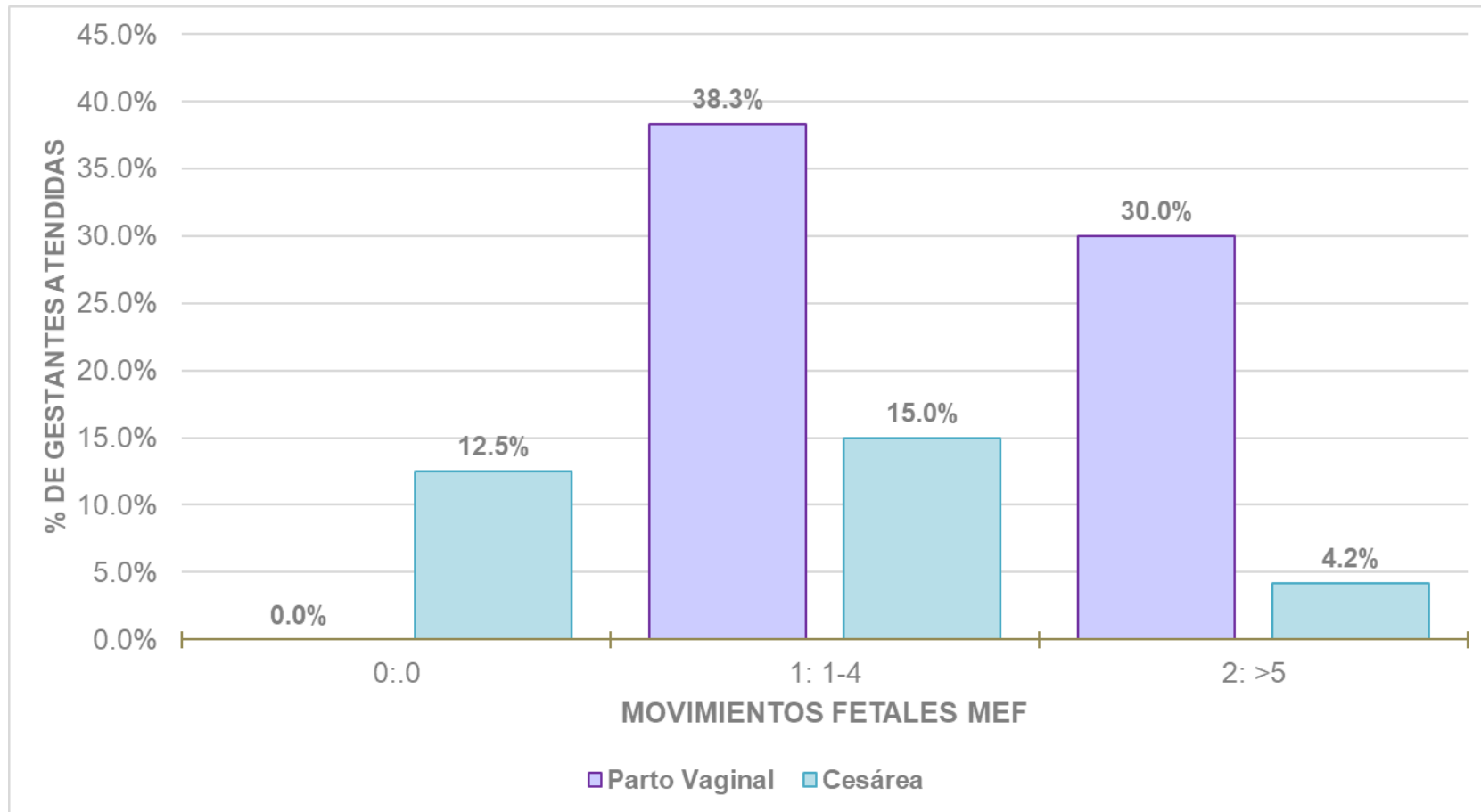
$Ns = 0,000000002$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 5,99$

$G1 = 2$

FIGURA 10.



Fuente: Tabla 10



INTERPRETACIÓN

La Tabla 10 muestra la frecuencia de movimientos fetales y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de tres categorías de movimientos fetales.

En el grupo con 0 movimientos fetales, no se registraron partos vaginales (0 casos, 0.0%), mientras que las cesáreas representaron todos los casos, con 15 casos (12.5%). Este grupo aporta el 12.5% del total, reflejando que la ausencia de movimientos fetales está asociada exclusivamente con cesáreas debido a posibles complicaciones severas.

En el grupo con 1-4 movimientos fetales, el parto vaginal es la vía predominante, con 46 casos (38.3%), mientras que las cesáreas suman 18 casos (15.0%). Este grupo representa la mayor proporción, con el 53.3% del total de partos, indicando un balance entre las dos vías de culminación en presencia de movimientos fetales moderados.

En el grupo con >5 movimientos fetales, el parto vaginal predomina con 36 casos (30.0%), mientras que las cesáreas son menos frecuentes, con 5 casos (4.2%). Este grupo aporta el 34.2% del total, indicando que una mayor frecuencia de movimientos fetales está asociada principalmente a partos vaginales.

**Valor de la prueba de chi cuadrado:**

En este estudio, utilizamos una prueba de matemáticas especial para establecer si existe una relación sólida entre la frecuencia con la que un feto se mueve antes de nacer y cómo nace. Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 39.923
- Grados de libertad (gl): 2
- P-valor: 0,000000002 (2×10^{-9})

Dado que el valor p (0,000000002) es inferior al nivel de significancia convencional (0,05), se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de los movimientos fetales y la vía de culminación del parto en la muestra analizada.

Discusión: Según Alarcón. (14), concluye en su investigación con 1-4 movimientos fetales, el parto vaginal es la vía predominante, con (43.3%), mientras que las cesáreas con (17.0%), con el 57.7% del total de partos, indicando un balance entre las dos vías de culminación en presencia de movimientos fetales moderados. En comparación a nuestros resultados encontramos que con 1-4 movimientos fetales, el parto vaginal es la vía predominante, con 46 casos (38.3%), mientras que las cesáreas suman 18 casos (15.0%). Este grupo representa la mayor proporción, con el 53.3% del total de partos, indicando un balance entre las dos vías de culminación en presencia de movimientos fetales moderados, descubrimos que en este grupo, la frecuencia con la que el bebé se mueve antes del nacimiento está estrechamente relacionada con cómo termina el parto.



TABLA 11. FRECUENCIA DE CONTRACCIONES UTERINAS Y SU RELACION CON LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS.

| Contracciones Uterinas | Vía de culminación del parto | | | | Total | |
|------------------------|------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|--------------|
| | Parto Vaginal | | Cesárea | | fi | % |
| | fi | % | fi | % | | |
| < a 5 | 82 | 68.3 | 8 | 6.7 | 90 | 75.0 |
| > a 5 | 0 | 0.0 | 30 | 25.0 | 30 | 25.0 |
| Total | 82 | 68.3 | 38 | 31.7% | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

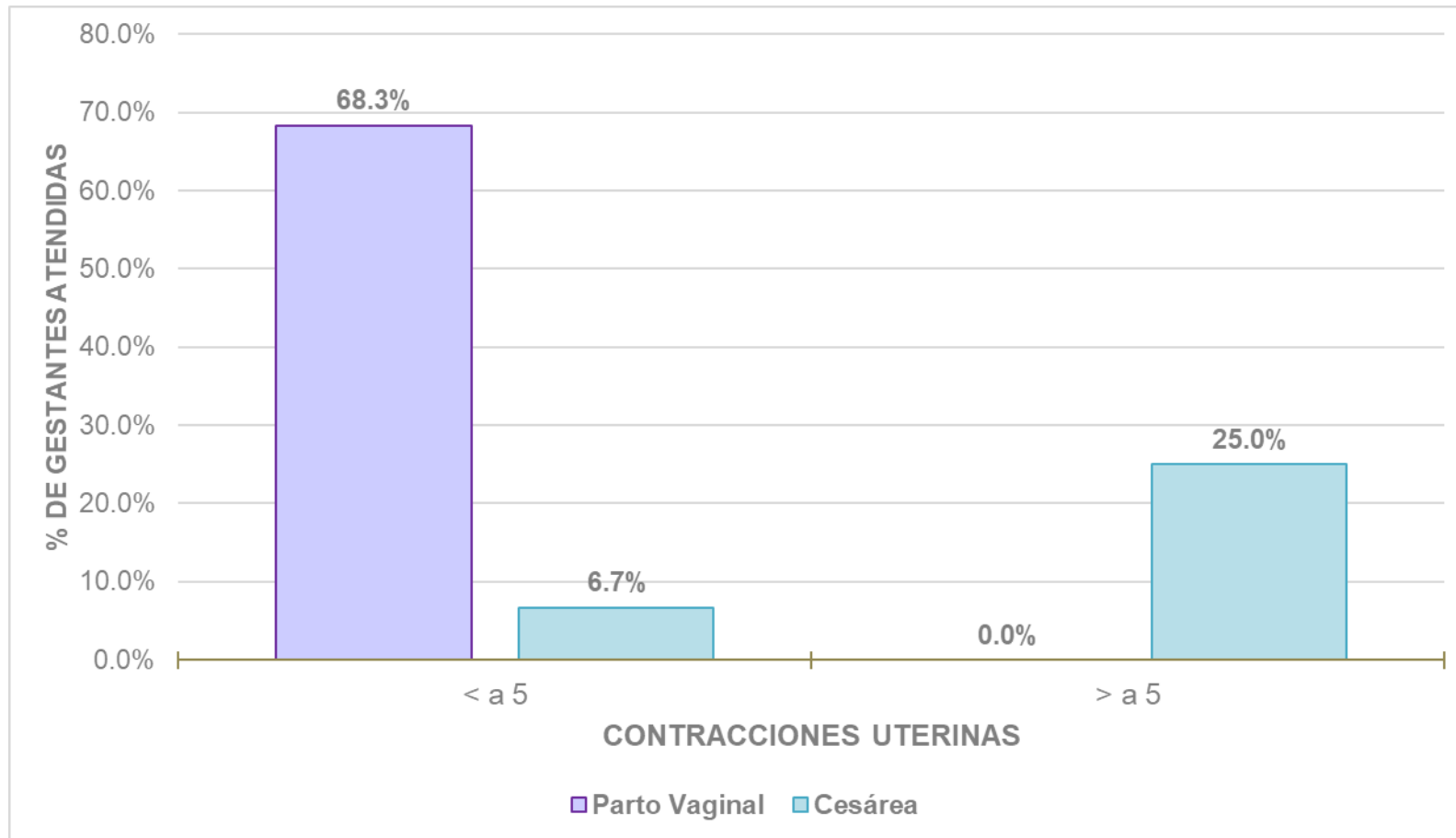
$X^2_{cat} = 86,316$

$Ns = 0,000000000000000002$ ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab} = 3,84$

$G1 = 1$

FIGURA 11.



Fuente: Tabla 11



INTERPRETACIÓN

La Tabla 11 muestra la frecuencia de contracciones uterinas y su relación con la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM de Juliaca. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de dos categorías de frecuencia de contracciones uterinas.

En el grupo con < 5 contracciones uterinas, el parto vaginal predomina ampliamente, con 82 casos (68.3%), mientras que las cesáreas representan solo 8 casos (6.7%). Este grupo aporta el 75.0% del total, indicando que una menor frecuencia de contracciones uterinas está asociada principalmente con partos vaginales.

En el grupo con > 5 contracciones uterinas, no se registraron partos vaginales (0 casos, 0.0%), mientras que todas las culminaciones fueron cesáreas, con 30 casos (25.0%). Este grupo representa el 25.0% del total, reflejando que una mayor frecuencia de contracciones uterinas está exclusivamente asociada con cesáreas, probablemente debido a complicaciones que requieren intervención quirúrgica.

**Valor de la prueba de chi cuadrado:**

En nuestro estudio, Se manipuló una prueba de chi-cuadrado para evaluar la relación entre la frecuencia de las contracciones uterinas y la progresión del parto. Esto es lo que expresamos:

- Valor de chi cuadrado (χ^2): 82.16
- Gl: 1
- P-valor: 0,0000000000000000002 (2×10^{-19})

Dado que el p-valor (0,0000000000000000002) es menor que el nivel de significancia estándar (0.05), se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de contracciones uterinas y la vía de culminación del parto en esta muestra.

Discusión: según Gonzales. (16), halló en su investigación que las gestantes con < 5 contracciones uterinas, el parto vaginal predomina ampliamente, con (67.3%), mientras que las cesáreas representan solo (7.1%). Concluyendo que una menor frecuencia de contracciones uterinas está asociada principalmente con partos vaginales. En comparación a nuestros resultados encontramos que con < 5 contracciones uterinas, el parto vaginal predomina ampliamente, con 82 casos (68.3%), mientras que las cesáreas representan solo 8 casos (6.7%). Este grupo aporta el 75.0% del total, indicando que una menor frecuencia de contracciones uterinas está asociada principalmente con partos vaginales, terminamos afirmando que el número de contracciones en el útero y cómo termina el parto están íntimamente relacionados de manera importante.

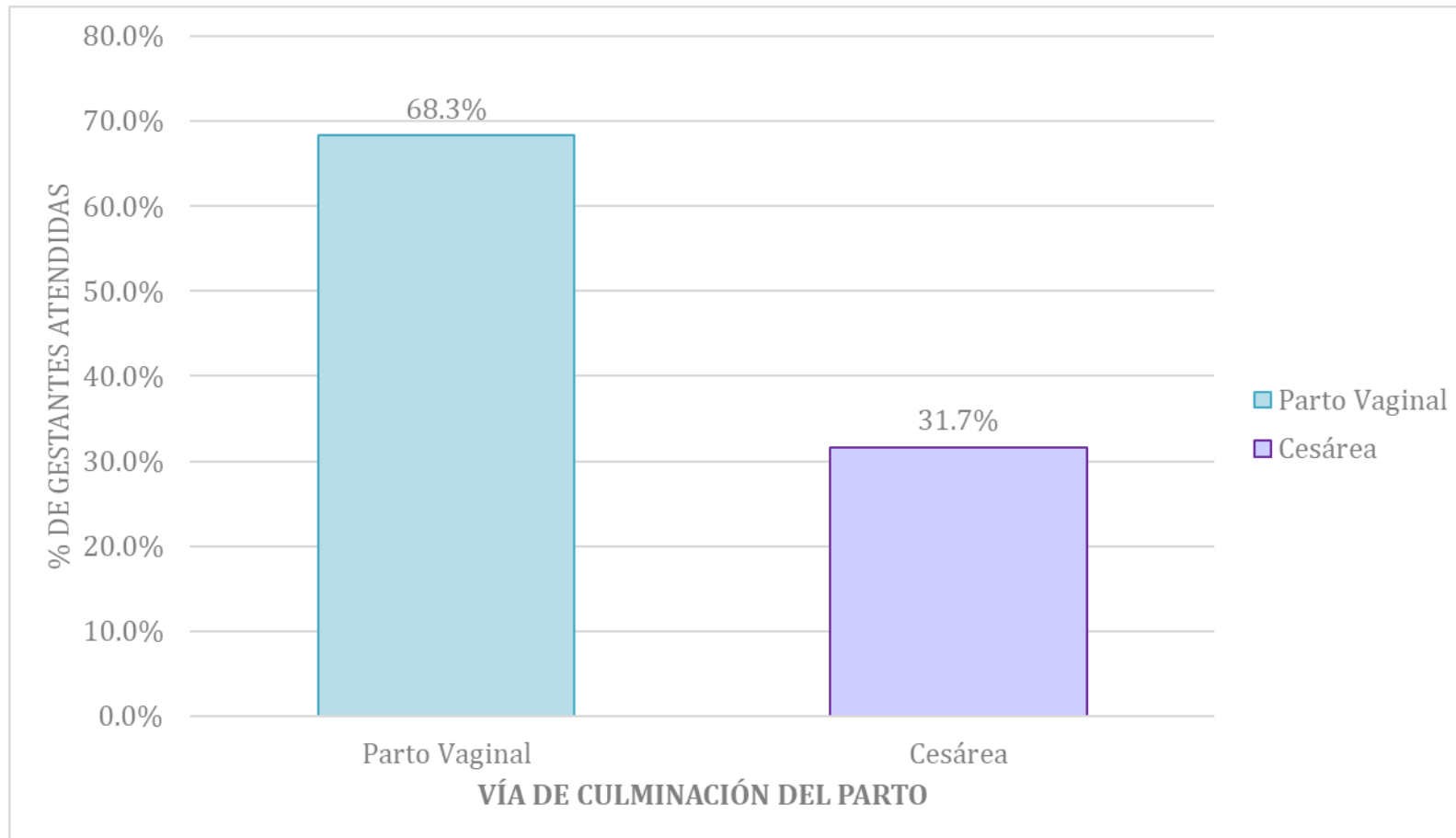


TABLA 12. CULMINACIÓN DE LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023.

| Vía de culminación del parto | fi | % |
|------------------------------|------------|--------------|
| Parto Vaginal | 82 | 68.3 |
| Cesárea | 38 | 31.7 |
| Total | 120 | 100.0 |

Fuente: Propia

FIGURA 12.



Fuente: Tabla 12



INTERPRETACIÓN

La Tabla 12 muestra la distribución de la vía de culminación del parto en pacientes atendidas en el HCMM, Juliaca, durante el año 2023. Las vías de culminación consideradas son el parto vaginal y la cesárea, analizadas en función de su frecuencia absoluta y relativa.

Parto vaginal: Constituye la mayoría de los casos (68.3%), con 82 de los 120 partos. Esto refleja que más de dos tercios de las pacientes pudieron tener un parto vaginal, lo que generalmente es considerado una vía natural y con menos complicaciones postoperatorias en comparación con la cesárea.

Cesárea: Representa el 31.7% de los casos (38 de 120). Si bien es menor que los partos vaginales, sigue siendo una proporción significativa, posiblemente relacionada con condiciones médicas específicas que justificaron esta vía.

La proporción de cesáreas (31.7%) está dentro del rango observado en muchos hospitales del Perú y otros países en vías de desarrollo. Según la OMS, una tasa de cesáreas entre el 10% y el 15% puede ser ideal, ya que indica un balance adecuado entre partos asistidos médicamente y cesáreas necesarias. Sin embargo, un 31.7% puede sugerir un aumento en las indicaciones para cesáreas, que podrían incluir factores como emergencias obstétricas, complicaciones maternas o fetales, o prácticas hospitalarias específicas.

La alta proporción de partos vaginales (68.3%) es positiva, ya que esta vía suele estar asociada con menores riesgos de infección, recuperación más rápida y menos complicaciones en embarazos futuros.



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio reflejan la importancia de la monitorización fetal electrónica como una herramienta esencial en la atención obstétrica, especialmente en contextos hospitalarios como el HCMM en Juliaca. A lo largo del análisis, se observaron tendencias que permiten comprender mejor la relación entre las características maternas, los resultados del monitoreo fetal y la vía de culminación del parto.

Descubrimos que la mayoría de los bebés nacen de madres de entre 18 y 35 años, tal como indicaban estudios anteriores. Sin embargo, la edad de la madre no influye realmente en el nacimiento del feto, lo que sugiere que otros factores como las condiciones obstétricas individuales o las complicaciones durante el trabajo de parto podrían influir de manera más determinante en la elección de la vía de culminación.

Respecto al grado de instrucción, se observó que las gestantes con secundaria completa representan el mayor grupo dentro de la muestra. Este hallazgo puede estar relacionado con el acceso limitado a la educación superior en la región, esto significa que la posibilidad de acceder y comprender los servicios de salud, como los controles de salud del bebé antes de nacer, podría depender de ello. Sin embargo, no encontraron una relación clara entre el nivel de estudios de una persona y la forma en que nace un bebé.

La distribución de la vía de culminación del parto mostró una mayor prevalencia de partos vaginales (68.3%) en comparación con las cesáreas (31.7%). Sin embargo, el porcentaje de cesáreas también refleja la importancia del monitoreo



fetal electrónico para identificar riesgos y prevenir complicaciones perinatales mediante intervenciones oportunas.

En este contexto, la monitorización fetal electrónica se destacó como una herramienta diagnóstica que, aunque no mostró relaciones significativas con algunas variables sociodemográficas, permite detectar alteraciones en el bienestar fetal, facilitando la toma de decisiones clínicas. Esto coincide con investigaciones nacionales e internacionales que resaltan su utilidad en la reducción de la morbilidad perinatal.

Finalmente, es importante mencionar que la falta de significancia estadística en algunas variables puede estar influenciada por el tamaño de la muestra o por factores no controlados en el diseño del estudio. Futuras investigaciones podrían considerar un enfoque longitudinal para evaluar cambios en el tiempo y explorar con mayor profundidad las condiciones específicas que impactan los resultados obstétricos.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que la monitorización fetal electrónica no presentó una relación estadísticamente significativa con la culminación de la vía del parto en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en 2023. Esto se reflejó en un p-valor de 0.841, superior al nivel de significancia del 5%. Por lo tanto, se rechaza parcialmente la hipótesis planteada, lo que indica que las características del monitoreo fetal no se relacionan directamente en la decisión entre parto vaginal o cesárea bajo las condiciones estudiadas.

SEGUNDA: Se identificó las características sociodemográficas de las gestantes, como edad materna, grado de instrucción y estado civil, no mostraron una relación significativa con la vía de culminación del parto. El análisis reveló un valor p de 0,841 para la edad materna, lo que indica la ausencia de una asociación significativa entre la edad de la embarazada y la vía de parto. El análisis arrojó un valor p de 0,753 para el nivel educativo, que supera el umbral de significancia convencional de 0,05. Esto indica una falta de asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la vía de parto. El estado civil con el p-valor = 0.259, indica que el estado civil no es un factor determinante en la elección de la vía de culminación del parto.

TERCERA: Se enfatizó los resultados del monitoreo fetal electrónico, incluyendo variables como la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal, la presencia de desaceleraciones, mostraron un impacto estadísticamente significativo en la culminación del parto. En los



análisis realizados, los p-valores asociados a estos indicadores también superaron el nivel de significancia estándar de 0.001, lo que respalda la falta de asociación directa entre estas variables y la vía del parto. El análisis de Línea de base de la frecuencia cardíaca fetal: mostró un p-valor de 0.00000003, indicando de relación significativa con la vía de culminación del parto. El p-valor obtenido para la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal: fue de 0.0000000001, lo que muestra que hay relación estadísticamente significativa entre esta variable y la vía del parto. La presencia de aceleraciones: Con un p-valor de 0.000000006, se encontró evidencia significativa para asociar esta variable con la vía del parto. Presencia de desaceleraciones tipo II y III: Este análisis presentó un p-valor de 0.000000004, lo que indica que esta variable tiene un impacto significativo en la culminación del parto. La frecuencia de movimientos fetales: El p-valor de 0.000000002 refleja que hay una relación significativa entre esta variable y la vía de culminación del parto. La frecuencia de contracciones uterinas: Con un p-valor de 0.000000000000000002, se encontró relación estadísticamente significativa con la culminación del parto.

CUARTA: Se distinguió la vía de culminación del parto más frecuente en las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2023 fue el parto vaginal, representando el 68.3% (82 casos) del total de partos registrados. En contraste, la cesárea se presentó en el 31.7% (38 casos). Los resultados manifiestan que la mayoría de las mujeres embarazadas tuvieron sus bebés mediante parto



natural, lo que resalta una tendencia favorable hacia el parto natural dentro del establecimiento hospitalario.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital Carlos Monge Medrano, de Juliaca, sugerimos implementar un plan de fortalecimiento de la infraestructura tecnológica y los protocolos de uso de la monitorización fetal electrónica, en el servicio de Ginecología y Obstetricia. Esto incluye gestionar la adquisición de equipos de última generación, garantizar su mantenimiento y actualizar las guías clínicas basadas en evidencia; al mismo tiempo capacitar a su personal de este servicio para que la atención a sus pacientes sea integral y de calidad.

SEGUNDA: Al jefe del departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Carlos Monge Medrano, gestionar acciones y coordinar con los responsables de los programas de atención prenatal del hospital, con los obstetras y médicos de este departamento, planificar capacitaciones dirigidas a estos profesionales; para sensibilizarlos sobre la importancia de evaluar integralmente las características sociodemográficas de las gestantes, con el fin de mejorar la atención perinatal en bien de la paciente, su hijo y por ende, la familia y la sociedad.

TERCERA: A la jefe del servicio de obstetricia, del Hospital Carlos Monge Medrano, gestionar y planificar temas integrales de sensibilización a las gestantes durante los controles prenatales y reforzar la importancia que tiene la monitorización fetal electrónica con el parto, los beneficios que tiene la atención oportuna y adecuada del embarazo, en beneficio de la madre y de su hijo.



CUARTA: Al jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Carlos Monge Medrano, y bajo la responsabilidad de los médicos gineco-obstetras, obstetras y personal asistencial, fortalecer las estrategias que promuevan y favorezcan el parto vaginal como primera opción de culminación del embarazo, siempre que las condiciones clínicas lo permitan. Para ello, se sugiere implementar protocolos de manejo activo del trabajo de parto, capacitación continua en atención humanizada y monitoreo fetal, así como campañas informativas dirigidas a las gestantes sobre los beneficios del parto vaginal frente a la cesárea no justificada.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud materna. [Online].; 2024 [cited 2024 Julio 15. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>.
2. Ministerio de Salud del Perú (MINSA) reporta. [Internet].; 2024 [citado 2024 abril 20]. disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
3. Especialistas servicio de obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano. Informa. Internet].; 2024 [citado 2024 enero 22]. disponible en: https://www.facebook.com/HospitalCarlosMongeMedrano.Oficial/posts/hospital-carlos-monge-medrano-nivel-ii-2-cartera-de-servicios-2016ofrecemos-los-/354125758274963/?locale=es_LA
4. Armenian. "El efecto visual del monitoreo independiente de los pozos fetales se adjunta a los resultados de la madre y el trabajo.
5. Godoy. Monitoreo fetal, principios fisiopatológicos y actualizaciones. Archivos de Ginecología y Obstetricia, Publicación oficial de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, 2022.
6. Luque. Monitorización Fetal Intraparto. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, 2022. Internet].; 2022 [citado 2022 Julio 19]. disponible en: <https://www.cuidamosdelamujer.es/es/profesionales/docencia-investigacion/revision-13-febrero-2023.ficheros/3013073-NICE.pdf>.
7. García. Correlación entre el índice cerebro placentario y pruebas de monitorización fetal en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Ecuador 2022.



8. Casanova. Correlación entre monitoreo fetal intraparto patológico y resultados natales, Hospital de Riobamba, Ecuador. 2023. Internet].; 2022 [citado 2022 Julio 11]. disponible en: <http://dspace.hre.edu.ec/ecuador/51000/11354>.
9. Espinoza. "Resultados de monitoreo electrónico de Intaparto y bebés para mujeres embarazadas en el Hospital Eleazar Gusman Barron, Chimbote Chimbote - Huraz - Perú 2022".
10. Valera. "Monitoreo electrónico fetal intraparto y su relación con el Apgar del recién nacido, Hospital II Tarapoto, enero - junio 2021
11. Zorrilla. "Monitoria fetal anteparto en el Hospital Daniel Alcides Carrión - Cerro de Pasco, enero - febrero 2021".
12. Alarcón. Monitorización fetal electrónica durante el trabajo de parto en gestante con diagnóstico de preeclampsia, Hospital de Tingo María, 2023. Internet].; 2021 [citado 2021 Julio 19]. disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3295>.
13. Quispe. "Vía de culminación del parto en gestantes a término con monitoreo fetal electrónico. Hospital Jesús de Nazareno- Ayacucho, 2021". Internet].; 2021 [citado 2021 mayo 17]. disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/item/576252ca-8f0a-44ca-af95-0df7dc25178c>.
14. Gonzales. "El valor predecible del monitoreo fetal electrónico para determinar el pozo fetal relacionado con el APGAR infantil en el Hospital Esalud en Puno en 2022. "Internet]; 2022 [citado en mayo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.nsch.edu.pe/handle/unsch/5601>



15. Alarcón. Monitorización fetal electrónica durante el trabajo de parto en gestante con diagnóstico de preeclampsia en Moho, Universidad Nacional Huánuco 2021.
16. Alvares. Monitorización fetal electrónica durante el tercer trimestre de embarazo en gestantes con diagnóstico de preeclampsia en Caracoto, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez 2021. Internet].; 2021 [citado 2021 mayo 12]. disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13080/8978>
17. Cáceres. "Valor predictivo de la monitorización electrónica y el bienestar fetal en gestantes de Hilata, Capachica, Universidad Peruana Unión - Puno – 2022". Internet].; 2022 [citado 2022 mayo 11]. disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/31341>.
18. Almeza. "Valores predictivos de monitorización electrónica y su relación con el bienestar fetal y materno, Hospital de Lampa, Universidad San Carlos de Puno, en el año 2021". Internet].; 2021 [citado 2021 mayo 14]. disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4259>.
19. Almeza. Características personales, valores predictivos de monitorización electrónica y su relación con el bienestar fetal y materno, Hospital de Lampa en el año 2021. Internet].; 2021 [citado 2021 mayo 12]. disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/20.50.12840/3459>.
20. Roberts. Características personales, edad de gestante. Internet].; 2021 [citado 2021 mayo 10]. disponible en:



- https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf
21. Gamero. Obstetricia, como medir la edad gestacional. Internet].; 2021 [citado 2021 abril 14]. disponible en: <https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isc-ed-2011-sp.pdf>.
22. Romero. Conceptos de filiación obstétrica, como estado civil. Internet].; 2021.
23. Rosel. Datos personales de la gestante, educación. Internet].; 2021 [citado 2021 abril 22]. disponible en: <https://www.womens.es/datos-nivelde-educación-de-embarazo-existen/>.
24. Tavera. Gestación y su proceso. Obstetricia III. Internet].; 2021 [citado 2021 abril 2]. disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
25. Roberts. Monitorización fetal electrónica. Internet].; 2021 [citado 2021 abril 2]. disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/pruebas-mdicas/monitorizacin-cardaca-fetal-electrnica-hw214546>
26. Guía de monitorización fetal intra parto. Internet].; 2021 [citado 2021 julio 23]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf



27. Guia de monitorización fetal. Internet].; 2021 [citado 2021 abril 20].

Disponible en:

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/Guia_Monitorizacion.pdf

28. Shuarts. Obstetricia, movimientos fetales. Internet].; 2021 [citado 2021 abril 29]. Disponible en: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/los-movimientos-de-su-beb-durante-el-embarazo-aby3689>

29. Shuarts. Obstetricia vías del parto. Internet].; 2023 [citado 2023 abril 21]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Parto>

30. Shuarts. Obstetricia, parto. <https://es.wikipedia.org/wiki/Parto>

31. Gonzales. Cardiotocografía. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/cardiotocografia>

32. Meléndez. Monitoreo fetal electrónico. Internet].; 2023 [citado 2023 mayo 11]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Monitorizacion.pdf

33. Shuarts. Obstetricia, parto. <https://es.wikipedia.org/wiki/Parto>

34. Shuarts. Obstetricia, vía de culminación del parto. <https://es.wikipedia.org/wiki/Parto>

35. Shuarts. Obstetricia, vía de culminación del parto. <https://es.wikipedia.org/wiki/Parto>



36. Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, María del Pilar (2014). Metodología de la investigación (6° ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.



ANEXOS



ANEXO 01

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

BDMEF.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 12 de 12 variables

| | Edad | Grado_de_instruccion | Estado_civil | Numero_de_gestaciones | Edad_gestacional | Línea_de_base | Variabilidad | Aceleración | Desaceleración | Movimientos_fetales | Contracciones_uterinas | Vía_de_culminación_del parto | var | var | var | var | var | var |
|----|---------------|----------------------|--------------|-----------------------|------------------|----------------|--------------|-------------|-----------------|---------------------|------------------------|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | De 18 a 35... | Superior té... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 2 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Multigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 3 | De 18 a 35... | Superior té... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 2: 10-25 | 2: >5 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 4 | > de 35 años | Superior u... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 5 | De 18 a 35... | Superior u... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 6 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 7 | > de 35 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 8 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 9 | > de 35 años | Secundaria... | Conviviente | Multigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 0: 0 | 0: Dip II >6... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 10 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 11 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Gran multi... | Más de 40 ... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 12 | < 18 años | Secundaria... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 13 | > de 35 años | Secundaria... | Conviviente | Gran multi... | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 14 | > de 35 años | Superior té... | Casada | Multigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 15 | < 18 años | Primaria c... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 16 | > de 35 años | Secundaria... | Casada | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 17 | < 18 años | Primaria c... | Conviviente | Multigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 18 | De 18 a 35... | Superior té... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 19 | De 18 a 35... | Primaria c... | Casada | Gran multi... | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 20 | De 18 a 35... | Secundaria... | Casada | Multigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 0: <5 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 21 | De 18 a 35... | Primaria c... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 0: <5 | 0: 0 | 1: Dip II <4... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 22 | > de 35 años | Secundaria... | Conviviente | Gran multi... | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 23 | De 18 a 35... | Superior u... | Casada | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 24 | > de 35 años | Primaria in... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 25 | De 18 a 35... | Superior té... | Conviviente | Primigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 26 | > de 35 años | Superior u... | Casada | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 27 | De 18 a 35... | Superior u... | Conviviente | Multigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 28 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Multigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |

Vista de datos Vista de variables



BDMEF.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 12 de 12 variables

| | Edad | Grado de instrucción | Estado civil | Numero de gestaciones | Edad gestacional | Línea de base | Variabilidad | Aceleración | Desaceleración | Movimientos fetales | Contracciones uterinas | Vía de culminación del parto | var | var | var | var | var | var |
|----|---------------|----------------------|--------------|-----------------------|------------------|----------------|--------------|-------------|-----------------|---------------------|------------------------|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 29 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 30 | De 18 a 35... | Superior té... | Casada | Gran multi... | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 31 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 32 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Gran multi... | Más de 40 ... | 0:<100 o >... | 2: 10-25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 33 | De 18 a 35... | Secundaria... | Casada | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 34 | > de 35 años | Primaria c... | Casada | Gran multi... | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 35 | > de 35 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 36 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 37 | De 18 a 35... | Secundaria... | Casada | Gran multi... | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 0: <5 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 38 | > de 35 años | Secundaria... | Casada | Gran multi... | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 39 | < 18 años | Secundaria... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 40 | De 18 a 35... | Primaria c... | Conviviente | Multigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 0: <5 | 0: 0 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | < a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 41 | < 18 años | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 0: <5 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 42 | > de 35 años | Secundaria... | Conviviente | Gran multi... | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 43 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 0: 0 | 0: Dip II >6... | 2: >5 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 44 | > de 35 años | Secundaria... | Casada | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 45 | > de 35 años | Primaria c... | Casada | Multigesta | Más de 40 ... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 0: 0 | 1: Dip II<4... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 46 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Multigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 0: <5 | 0: 0 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 47 | > de 35 años | Primaria c... | Casada | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 48 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 49 | > de 35 años | Primaria c... | Soltera | Gran multi... | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 50 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 0: 0 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 51 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Multigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 52 | De 18 a 35... | Superior u... | Soltera | Gran multi... | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 53 | De 18 a 35... | Secundaria... | Casada | Primigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 54 | De 18 a 35... | Secundaria... | Casada | Gran multi... | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 55 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 56 | > de 35 años | Superior u... | Soltera | Gran multi... | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 0: 0 | < a 5 | Cesarea | | | | | | |

Vista de datos Vista de variables



BDMEF.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 12 de 12 variables

| | Edad | Grado de instrucción | Estado civil | Numero de gestaciones | Edad gestacional | Línea de base | Variabilidad | Aceleración | Desaceleración | Movimientos fetales | Contracciones uterinas | Vía de culminación del parto | var | var | var | var | var | var |
|----|---------------|----------------------|--------------|-----------------------|------------------|----------------|--------------|-------------|----------------|---------------------|------------------------|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 57 | De 18 a 35... | Superior té... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 58 | < 18 años | Primaria in... | Conviviente | Multigesta | 37 a 40 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 0: Dip II>6... | 2: >5 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 59 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Gran multi... | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 0: <5 | 1: 1-4 | 0: Dip II>6... | 1: 1-4 | < a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 60 | < 18 años | Secundaria... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 0: Dip II>6... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 61 | De 18 a 35... | Superior té... | Soltera | Primigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 2: 10-25 | 0: 0 | 0: Dip II>6... | 1: 1-4 | < a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 62 | < 18 años | Primaria c... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 63 | De 18 a 35... | Primaria in... | Casada | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 64 | De 18 a 35... | Primaria c... | Casada | Primigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 0: 0 | 0: Dip II>6... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 65 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 0: 0 | 0: Dip II>6... | 2: >5 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 66 | > de 35 años | Superior u... | Soltera | Gran multi... | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 67 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 0: <5 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 68 | > de 35 años | Primaria in... | Conviviente | Multigesta | 37 a 40 se... | 0:<100 o >... | 2: 10-25 | 2: >5 | 0: Dip II>6... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 69 | De 18 a 35... | Superior té... | Soltera | Primigesta | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 70 | De 18 a 35... | Primaria c... | Casada | Multigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 71 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 72 | > de 35 años | Superior té... | Conviviente | Multigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 73 | De 18 a 35... | Secundaria... | Casada | Multigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 0: Dip II>6... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 74 | De 18 a 35... | Superior u... | Conviviente | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 75 | De 18 a 35... | Secundaria... | Casada | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 76 | De 18 a 35... | Primaria in... | Soltera | Primigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 0: 0 | 0: Dip II>6... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 77 | De 18 a 35... | Primaria in... | Conviviente | Multigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 78 | De 18 a 35... | Superior té... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 79 | < 18 años | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 80 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Multigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 81 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 82 | < 18 años | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 83 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 84 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Multigesta | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 0: Dip II>6... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |

Vista de datos Vista de variables



BDMEF.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

89: Visible: 12 de 12 variables

| | Edad | Grado de instrucción | Estado civil | Numero de gestaciones | Edad gestacional | Línea de base | Variabilidad | Aceleración | Desaceleración | Movimientos fetales | Contracciones uterinas | Vía de culminación del parto | var | var | var | var | var | var |
|-----|---------------|----------------------|--------------|-----------------------|------------------|----------------|--------------|-------------|-----------------|---------------------|------------------------|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 85 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Multigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 0: Dip II >6... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 86 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Multigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 0: 0 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 87 | > de 35 años | Primaria c... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 88 | De 18 a 35... | Superior té... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 89 | De 18 a 35... | Superior té... | Casada | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 90 | De 18 a 35... | Superior u... | Casada | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 91 | > de 35 años | Primaria c... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 2: >5 | 0: Dip II >6... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 92 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 0:<100 o >... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 93 | De 18 a 35... | Secundaria... | Casada | Gran multi... | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 94 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 0: Dip II >6... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 95 | < 18 años | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 0: Dip II >6... | 2: >5 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 96 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Multigesta | 37 a 40 se... | 0:<100 o >... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 97 | De 18 a 35... | Superior u... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 98 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Gran multi... | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 0: 0 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 99 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II <4... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 100 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 101 | De 18 a 35... | Superior té... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 0: 0 | 0: Dip II >6... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 102 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Gran multi... | 37 a 40 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 103 | < 18 años | Primaria c... | Soltera | Multigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 2: 10-25 | 2: >5 | 1: Dip II <4... | 0: 0 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 104 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 2: >5 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 105 | > de 35 años | Superior té... | Conviviente | Multigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 106 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Gran multi... | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 107 | < 18 años | Primaria c... | Conviviente | Primigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 108 | De 18 a 35... | Superior u... | Conviviente | Primigesta | Más de 40 ... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 109 | De 18 a 35... | Primaria c... | Conviviente | Multigesta | 37 a 40 se... | 1: 100-119 ... | 2: 10-25 | 2: >5 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 110 | De 18 a 35... | Secundaria... | Soltera | Primigesta | Más de 40 ... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 0: Dip II >6... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 111 | < 18 años | Primaria c... | Soltera | Multigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 0: <5 | 0: 0 | 1: Dip II <4... | 1: 1-4 | > a 5 | Cesarea | | | | | | |
| 112 | De 18 a 35... | Superior té... | Casada | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |

Vista de datos Vista de variables



BDMEF.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 12 de 12 variables

| | Edad | Grado_de_instrucción | Estado_civil | Numero_de_gestaciones | Edad_gestacional | Línea_de_base | Variabilidad | Aceleración | Desaceleración | Movimientos_fetales | Contracciones_uterinas | Vía_de_terminación_del parto | var | var | var | var | var | var |
|-----|---------------|----------------------|--------------|-----------------------|------------------|----------------|--------------|-------------|----------------|---------------------|------------------------|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 113 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 114 | > de 35 años | Superior té... | Soltera | Primigesta | 37 a 40 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 115 | De 18 a 35... | Superior té... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 0:<100 o >... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 116 | > de 35 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 117 | De 18 a 35... | Secundaria... | Conviviente | Multigesta | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 2: 10-25 | 1: 1-4 | 2: Ausente | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 118 | De 18 a 35... | Primaria c... | Conviviente | Multigesta | 37 a 40 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 119 | < 18 años | Secundaria... | Conviviente | Primigesta | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 1: 1-4 | 1: Dip II<4... | 1: 1-4 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 120 | < 18 años | Secundaria... | Soltera | Primigesta | 28 a 36 se... | 2: 120-160 ... | 1: 5-9 o >25 | 2: >5 | 1: Dip II<4... | 2: >5 | < a 5 | Parto vaginal | | | | | | |
| 121 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 122 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 123 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 124 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 125 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 126 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 127 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 128 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 129 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 130 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 131 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 132 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 133 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 134 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 136 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 137 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 138 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 139 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Vista de datos Vista de variables



ANEXO 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023.

| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVO GENERAL | HIPÓTESIS GENERAL | VARIABLES | DIMENSIÓN | INDICADORES | METODOLOGÍA |
|---|---|--|---|---|--|---|
| <p>PG.- ¿La monitorización fetal electrónica, tiene relación con la culminación de vía del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2023?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS: PE1.- ¿Las características de la gestante tienen relación con la culminación del parto de pacientes del</p> | <p>OG. – Determinar la monitorización fetal electrónica, y su relación con la culminación de vía del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2023.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: OE1.- Identificar las características de la</p> | <p>HG. – La culminación de vía del parto tiene relación con la monitorización fetal electrónica en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2023.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS: HE1.- Las características</p> | <p>Monitorización fetal electrónica</p> | <p>1.1 Características de la gestante</p> | <p>1.1.1 Edad</p> <p>1.1.2 Grado de instrucción</p> <p>1.1.3 Estado civil</p> <p>1.1.4 Numero de gestaciones</p> <p>1.1.5 Edad gestacional</p> | <p>Diseño de la investigación: No experimental</p> <p>Tipo de investigación: Investigación básica de nivel correlacional.</p> <p>Método de investigación: Método hipotético deductivo con enfoque cuantitativo.</p> <p>Población: Estuvo conformada por el 100% 120 gestantes, con indicación de Monitorización fetal electrónica del</p> |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|
| <p>Hospital Carlos Monge Medrano?</p> <p>PE2.- ¿El resultado del monitoreo fetal electrónico tiene relación con la culminación del parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano?</p> <p>PE3.- ¿Cuál es la culminación del parto más frecuente en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano?</p> | <p>gestante y su relación con la monitorización fetal electrónica en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>OE2.- Enfatizar el resultado del monitoreo fetal electrónico y su relación con la monitorización fetal electrónica en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>OE3.- Distinguir la vía de culminación del parto más frecuente en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.</p> | <p>de la gestante tienen relación con la monitorización fetal electrónica en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>HE2.- La monitorización fetal electrónica tiene relación con el resultado del monitoreo fetal electrónico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>HE3.- La vía de culminación del parto vaginal que presenta mayor frecuencia en las pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.</p> | <p>2.- Vía de culminación del parto</p> | <p>1.2 Resultado de monitoreo fetal electrónico</p> <p>Parto vaginal Cesárea</p> | <p>1.2.1 Línea de base</p> <p>1.2.2 Variabilidad</p> <p>1.2.3 Aceleración</p> <p>1.2.4 Desaceleración</p> <p>1.2.5 Movimientos fetales</p> <p>1.2.6 Contracciones uterinas</p> | <p>Hospital Carlos Monge Medrano, de Juliaca 2023.</p> <p>Muestra: Según los siguientes criterios.</p> <p>Técnicas e instrumentos de la investigación. Técnicas Variable 1: Monitorización fetal electrónica Técnica: Análisis documental Variables 2: Vía de culminación del parto. Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumento: Variable 1: Monitorización fetal electrónica. Instrumento: Ficha de recolección de datos. Variables 2: Vía de culminación del parto. Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p> |
|---|---|---|---|--|--|--|

ANEXO 03

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

| CÓDIGO DE PACIENTE | DIAGNÓSTICO | |
|---|-------------------------|-------------|
| CARACTERÍSTICAS DE LA GESTANTE | | |
| Indicadores | | |
| Edad | < 18 años | () |
| | De 18 – 35 años | () |
| | >de 35 años | () |
| Grado de instrucción | Primaria incompleta | () |
| | Primaria completa | () |
| | Secundaria incompleta | () |
| | Secundaria completa | () |
| | Superior técnica | () |
| | Superior universitaria | () |
| | Estado civil | Conviviente |
| Soltera | | () |
| Casada | | () |
| Numero de gestaciones | Primigesta | () |
| | Multigesta | () |
| | Gran multigesta | () |
| Edad gestacional | 28 – 36 semanas | () |
| | 37 – 40 semanas | () |
| | De 40 semanas | () |
| 1.2 RESULTADO DE MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO | | |
| 1.2.1 Línea de base | • < 100 o> 180 grados | () |
| | • 100 – 119 ó 161 – 180 | () |



| | | |
|--|-----------------------------|-----|
| 1.2.2 Variabilidad | • 120 – 160 grados | () |
| | <5 | () |
| | 5-9 ó >25 | () |
| | 10- 25 | () |
| 1.2.3 Aceleración | 0 | () |
| | 1-4 | () |
| | >5 | () |
| 1.2.4 Desaceleración | 0: Dip II > 60% Dip III>60% | () |
| | 1: Dip II<40% Dip III<40% | () |
| | 2: Ausente | () |
| 1.2.5 Movimientos fetales | 0: 0 | () |
| | 1: 1- 4 | () |
| | 2: > 5 | () |
| 1.2.6 Contracciones uterinas | < a 5 | () |
| | >5 | () |
| 2.- CULMINACIÓN DE LA VÍA DEL PARTO | | |
| Culminación de la vía del parto | | |
| | Parto vaginal | () |
| | Cesárea | () |



ANEXO 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO 04: VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

NOMBRE DEL JUEZ: *Dr. Juan Rojas Gallegos*

ESPECIALIDAD: *Ginecologo - obstetra*

COLEGIATURA: *21318* FECHA: *22/10/2024*

| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | PUNTAJE |
|--|-----------|
| El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación | <i>Si</i> |
| El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio | <i>Si</i> |
| La estructura del instrumento es el adecuado | <i>Si</i> |
| Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable | <i>Si</i> |
| La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | <i>Si</i> |
| Los ítems son claros y entendibles | <i>Si</i> |
| El número de ítems es adecuado para su aplicación | <i>Si</i> |
| *se deben eliminar algunos ítems | <i>No</i> |
| TOTAL | <i>14</i> |

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN


| Baja | Regular | Alta |
|--|---|--|
| 8 – 12 puntos | 12 – 14 puntos | 14 – 16 puntos |
| El instrumento de investigación esta observado | El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación | El instrumento de investigación esta apto para su aplicación |

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Juan Rojas Gallegos
identificado con DNI N° 02167022 y CMP N° 21318
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante

Bach. ITO CAPRA DAYANA DIOSELINÉ

Juliaca 22 de octubre del 2024


Dr. Juan G. Rojas Gallegos
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP. 21318 RNE 19265



ANEXO 04: VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA
RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES
DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

NOMBRE DEL JUEZ: *Dra Sandra Hurtado Vilca*

ESPECIALIDAD: *Ginecología - Obstetricia*

COLEGIATURA: *18023* FECHA: *22/10/2024*

| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | PUNTAJE |
|--|-----------|
| El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación | <i>si</i> |
| El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio | <i>si</i> |
| La estructura del instrumento es el adecuado | <i>si</i> |
| Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable | <i>si</i> |
| La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | <i>si</i> |
| Los ítems son claros y entendibles | <i>si</i> |
| El número de ítems es adecuado para su aplicación | <i>si</i> |
| *se deben eliminar algunos ítems | <i>no</i> |
| TOTAL | <i>14</i> |

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

| Baja | Regular | Alta |
|--|---|--|
| 8 – 12 puntos | 12 – 14 puntos | 14 – 16 puntos |
| El instrumento de investigación esta observado | El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación | El instrumento de investigación esta apto para su aplicación |

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe... *Dra. Sandra Huastado Vilca*
 identificado con DNI N° *06737479* y CMP N° *18023*
 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la
 estudiante

Bach. ITO CAPRA DAYANA DIOSELINÉ

Juliaca ... *22* de *octubre* del 2024

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
[Signature]
 Dra. SANDRA HUASTADO VILCA
 (C.M.P. N° 18023)



ANEXO 04: VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA
RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES
DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

NOMBRE DEL JUEZ: *Dña ELIANA CCAMA QUISPE*

ESPECIALIDAD: *GINECOLOGA - OBSTETRA*

COLEGIATURA: *32016* FECHA: *22/10/2024*

| CRITERIOS DE EVALUACIÓN | PUNTAJE |
|--|-----------|
| El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación | <i>si</i> |
| El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio | <i>si</i> |
| La estructura del instrumento es el adecuado | <i>si</i> |
| Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable | <i>si</i> |
| La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | <i>si</i> |
| Los ítems son claros y entendibles | <i>si</i> |
| El número de ítems es adecuado para su aplicación | <i>si</i> |
| *se deben eliminar algunos ítems | <i>no</i> |
| TOTAL | <i>84</i> |

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

| Baja | Regular | Alta |
|--|---|--|
| 8 – 12 puntos | 12 – 14 puntos | 14 – 16 puntos |
| El instrumento de investigación esta observado | El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación | El instrumento de investigación esta apto para su aplicación |

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe... D^{ra} EYANA CCAMA QUISPE
 identificado con DNI N° 29308279 y CMP N° 32016
 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la
 estudiante

Bach. ITO CAPRA DAYANA DIOSELINE

Juliaca 22 de octubre del 2024


 D^{ra} EYANA CCAMA QUISPE
 MINECO - OBSTETRA
 V. 32016 R.N.C. 311



ANEXO 05

AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA

Año Del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 16 de Octubre del 2024

CARTA N° 1000 -2024 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS
JEFE DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HOSPITAL C.M.M.DE LA RSSR.

Presente.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLERES PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

SOLICITANTE : Srta. DAYANA DISELINEITO ITO CAPRA

REGISTRO N° 21331 - 2024

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle a los Bachilleres de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ Srta. DAYANA DIOSELINE ITO CAPRA, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "MONITORIZACION FETAL ELECTRONICA RELACIONADO A LA CULMINACION DE VIA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA- 2023", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que la interesada obtengan información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información. La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga el presente PROVEIDO FAVORABLE para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la Biblioteca del Hospital.
Atentamente,

MPM/ccf
Cc. Interesado



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Dr. Efraim U. Carrasco Gonzalo
JEFE UADI - CAPACITACIÓN
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 44365 - RNE 31001





ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 18/07/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: DAYANA DIOSELINE ITO CAPRA
 Dirección: Jr. San Martín 356 Int. G-14 Juliaca
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70076008
 Teléfono: 984155615 email: dayanaitocapra@gmail.com
 Nombres y Apellidos: _____
 Dirección: _____
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
 Teléfono: _____ email: _____
 Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD
 Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA
 Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO
 Asesor: Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
 Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
 Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico
 Título: MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA RELACIONADO A LA CULMINACIÓN DE VÍA DEL PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023
 Palabras claves, (3 a 5 términos): Monitorización fetal, vía de culminación del parto, bienestar fetal.
 ¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?
1
¹ 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, entre otros relacionados.
² 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 Título 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: MEDICINA CLÍNICA - P09

Firma de Autor



huella digital

18 de julio del 2025

Fecha