

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA



TESIS

**“Relación del monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en
pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing
Ferrari 2019”**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA
OBSTÉTRICA

AUTORA: Quiñonez Gayoso, Lizet

ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

2022

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en monitoreo fetal y ecografía obstétrica

Código del Programa: P40

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22509228

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22418566

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4163-8740

H

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Toscano Poma, Edilberto	Doctor en ciencias de la salud	22404044	0000-0002-3883-9480
2	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
3	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión publica	22489669	0000-0001-5710-8424



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 15 horas del día 30 del mes de NOVIEMBRE en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes:

Presidente : Dr. Edilberto TOSCANO POMA
Secretario : Dra. Maricela Luz MARCELO ARMAS
Vocal : Mg. Marisol SINCHE ALEJANDRO

Nombrados mediante Resolución Nº 2255-2022-D-FCS-UDH de fecha 29 de noviembre del 2022 para evaluar la Tesis intitulada: "**RELACIÓN DEL MONITOREO FETAL Y EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI 2019**", presentado por doña Lizet QUIÑONEZ GAYOSO, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 5 y cualitativo de BUENISIMO.

Siendo las 16:00 horas del día 30 del mes de NOVIEMBRE del año 2022, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTE
Dr. Edilberto TOSCANO POMA


SECRETARIA
Dra. Maricela Luz MARCELO ARMAS


VOCAL
Mg. Marisol SINCHE ALEJANDRO

DIRECTIVA N° 006- 2020- VRI-UDH PARA EL USO DEL SOFTWARE TURNITIN DE LA
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Resolución N° 018-2020-VRI-UDH 03 JUL 20 y modificatoria R. N° 046-2020-VRI-UDH,



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

Yo, Juana Irma Palacios Zevallos, Asesora (a) del PA Segunda Especialidad Monitoreo Fetal y ecografía Obstétrica- de la EAP – Segunda Especialidad y designado (a) mediante documento: RESOLUCIÓN Nro 676-2019-D-FCS-UDH, de fecha 03 de Junio de 1019 de la estudiante **LIZET QUIÑONES GAYOSO**, de la investigación titulada: **“RELACION DEL MONITOREO FETA Y EL BIENESTAR DEL RECIEN NACIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI 2019”**,

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 12% verificable en el reporte final del análisis de Originalidad mediante el **Software Antiplagio Turnitin**.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 25 de abril del 2023

Palacios Zevallos, J. Irma

DNI N° 22418566

CÓDIGO ORCID N° 0000-0003-4163-8740

tesiss

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%	13%	2%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	distancia.udh.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1%
6	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	Submitted to unjbg Trabajo del estudiante	<1%
8	idoc.pub Fuente de Internet	<1%
9	ri.uaq.mx Fuente de Internet	



Palacios Zevallos, J. Irma

DNI N° 22418566

CÓDIGO ORCID N° 0000-0003-4163-8740

DEDICATORIA

Quiero dar gracias a Dios por ser la fuente de la vida, por darme lo que necesito para avanzar día a día y lograr lo que me propongo, y por amarme hasta el infinito.

AGRADECIMIENTOS

A mi profesor por educarme, tener fe en mí y brindarme ayuda financiera para la investigación.

Quisiera expresar mi gratitud a los miembros del jurado por el importante papel que desempeñaron en la realización de esta investigación al brindarme su apoyo desinteresado y colaborar conmigo.

Muchas gracias a todos los responsables del hospital donde se llevó a cabo la investigación por las facilidades que pusieron a mi disposición.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I.....	12
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	13
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	13
1.3. OBJETIVOS	14
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	14
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	14
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	14
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	15
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	15
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	15
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	16
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	17
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	20
2.2. BASES TEÓRICAS	20
2.2.1. ABORDAJE DEL CUIDADO NEONATAL	20
2.2.2. MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD	21

2.2.3. TEORÍA DE DOROTEA OREM EN EL ABORDAJE DURANTE EL EMBARAZO.....	21
2.3. BASES CONCEPTUALES	22
2.3.1. DEFINICIÓN DE MONITOREO FETAL	22
2.3.2. TEST NO ESTRESANTE (NST).....	22
2.3.3. APGAR	23
2.3.4. VALORES NORMALES	23
2.3.5. MECONIO.....	24
2.3.6. EDAD MATERNA	25
2.3.7. ESTADO NUTRICIONAL MATERNO	25
2.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	26
2.5. HIPÓTESIS	26
2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	26
2.6. VARIABLES	26
2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	26
2.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE	26
2.6.3. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN.....	27
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	28
CAPITULO III.....	29
METODOLOGIA	29
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
3.1.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.1.3. DISEÑO DE ESTUDIO	29
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30
3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	30
3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	31
3.2.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	31
3.2.4. UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO....	31
3.3. MUESTRA Y MUESTREO	31
3.3.1. UNIDAD DE ANÁLISIS	31
3.3.2. UNIDAD DE MUESTREO.....	31
3.3.3. MARCO MUESTRAL	32
3.3.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	32

3.3.5. TIPO DE MUESTREO	32
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	32
3.4.1. MÉTODOS.....	32
3.4.2. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.4.3. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	33
3.4.4. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS	33
3.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	33
3.5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	33
3.5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	34
3.6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	34
CAPÍTULO IV.....	35
RESULTADOS.....	35
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	35
4.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	35
4.1.2. MONITOREO FETAL.....	40
4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBAS DE HIPÓTESIS..	45
CAPÍTULO V.....	50
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	50
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las pacientes atendidas	35
Tabla 2. Origen de las pacientes atendidas	36
Tabla 3. Características sociodemográficas estado civil de las pacientes atendidas	37
Tabla 4. Características académicas grado de escolaridad de las pacientes atendidas	38
Tabla 5. Características sociales ocupación de las pacientes atendidas.....	39
Tabla 6. Monitoreo fetal de las pacientes atendidas	40
Tabla 7. Apgar de las pacientes atendidas	41
Tabla 8. Características del líquido amniótico de las pacientes atendidas ..	42
Tabla 9. Índice de masa corporal de las pacientes atendidas	43
Tabla 10. Hemoglobina de las pacientes atendidas.....	44
Tabla 11. Relación entre el monitoreo fetal de las pacientes y el apgar del recién nacido.....	45
Tabla 12. Relación entre el monitoreo fetal de las pacientes y las características del líquido amniótico	46
Tabla 13. Relación entre el monitoreo fetal y la edad de las pacientes	47
Tabla 14. Relación entre el monitoreo fetal y el IMC de las pacientes.....	48
Tabla 15. Relación entre el monitoreo fetal y la Hemoglobina de las pacientes	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad en años de las pacientes	35
Gráfico 2. Zona de procedencia de las pacientes	36
Gráfico 3. Estado civil de las pacientes	37
Gráfico 4. Grado de escolaridad de las pacientes	38
Gráfico 5. Ocupación de las pacientes	39
Gráfico 6. Monitoreo fetal de las pacientes	40
Gráfico 7. Apgar del recién nacido	41
Gráfico 8. Líquido amniótico de las pacientes	42
Gráfico 9. Índice de masa corporal de las pacientes atendidas	43
Gráfico 10. Hemoglobina de las pacientes	44

RESUMEN

El objetivo general de este estudio es investigar la conexión entre la monitorización fetal y los resultados neonatales saludables en las personas que fueron tratadas en el hospital.

A fin de recopilar datos para un estudio analítico relacional, empleamos un formulario de análisis documental sobre cada uno de los noventa pacientes que participaron en el estudio.

En cuanto a la monitorización fetal, los resultados mostraron que el 42,3% tenían una puntuación Apgar de 8 a 10 puntos, mientras que el 38,8% tenían una puntuación Apgar de 7 a 10 puntos. Respecto al monitoreo y el líquido amniótico, el 72,0% de las embarazadas tenían líquido amniótico claro o transparente, y el 42,3% de las embarazadas tenían una puntuación de monitorización fetal de 8 a 10 puntos, la edad de la embarazada y la monitorización fetal, el 42,3% de las encuestadas tenían de 8 a 10 puntos, mientras que el 56,6% de las encuestadas tenían un El examen de la relación entre las variables arrojó un valor inferior a 0,005; esto indicaba que la monitorización fetal guarda relación con la salud fetal.

La monitorización fetal tiene un impacto positivo en la salud del lactante en aquellas personas que la presentan.

La vigilancia y el cuidado de la salud fetal, así como la protección de los recién nacidos, son tres términos esenciales.

Palabras claves: Relación, bienestar, monitoreo, pacientes, recién nacidos

ABSTRACT

The overall goal of this study is to investigate the connection between fetal monitoring and healthy neonatal outcomes in people who were treated in the hospital.

In order to collect data for a relational analytic study, we used a document analysis form on each of the ninety patients who participated in the study.

Regarding fetal monitoring, the results showed that 42.3% had an Apgar score of 8 to 10 points, while 38.8% had an Apgar score of 7 to 10 points. Regarding monitoring and amniotic fluid, 72.0% of pregnant women had clear or transparent amniotic fluid, and 42.3% of pregnant women had a fetal monitoring score of 8 to 10 points, the age of the pregnant woman, and the fetal monitoring, 42.3% of the respondents had 8 to 10 points, while 56.6% of the respondents had the examination of the relationship between the variables yielded a value less than 0.005; this indicated that fetal monitoring is related to fetal health.

Fetal monitoring has a positive impact on the health of the infant in those who present it.

Fetal health surveillance and care, as well as newborn protection, are three essential terms.

Keywords: Relationship, well-being, monitoring, patients, newborns

INTRODUCCIÓN

Debido al hecho de que, con la ayuda de esta monitorización, podemos saber lo que ocurre con el feto mientras aún está dentro del útero, la monitorización y el seguimiento durante el embarazo son componentes esenciales del proceso de gestación. La monitorización continua del feto es beneficiosa para la salud del bebé y ayuda a prevenir cualquier posible dificultad que pueda surgir durante el embarazo. El presente estudio se llevó a cabo porque era necesario determinar si la monitorización fetal es o no significativa para la salud del recién nacido.

Se divide con fines de estudio con cinco partes, su formulación problema, y motivación y la pertinencia del estudio se abordan en el primer capítulo.

En el capítulo 2, dedicado al marco teórico, se exponen la justificación de la investigación, el fundamento teórico y la base conceptual que sustenta el tema.

La metodología del estudio, que incluye el diseño de la investigación, el diseño demográfico y de la muestra, las técnicas e instrumentos, la interpretación, el análisis de los datos y las cuestiones éticas, se aborda en el capítulo 3.

Del mismo modo, las conclusiones del estudio, tanto descriptivas como inferenciales, se exponen en el capítulo 4 del informe.

En el capítulo final, "Capítulo 5, una visión general de los resultados", se ofrece una revisión de los resultados, seguida de "Conclusiones y recomendaciones".

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Cuando una mujer alcanza la semana 20 de embarazo, la enfermedad hipertensiva del embarazo conocida como preeclampsia hace su debut clínico por primera vez. Si la preeclampsia no se trata a tiempo, puede acarrear graves complicaciones para la madre, como la muerte o una enfermedad grave. ⁽¹⁾

Con tasas de embarazo que oscilan entre el 5 y el 10% en los países en desarrollo y tasas de mortalidad entre 5 y 9 veces superiores, se cree que la preeclampsia es responsable de la muerte de más de 166.000 personas al año. ⁽²⁾

La tasa de mortalidad prenatal en América Latina oscila entre el 1% y el 33%, y la tasa de morbilidad perinatal puede oscilar entre el 8% y el 45%. En Estados Unidos, la preeclampsia y otras enfermedades hipertensivas relacionadas con el embarazo afectan a entre el 5% y el 8% de todos los recién nacidos, mientras que la preeclampsia por sí sola afecta a entre el 2% y el 5% de las mujeres embarazadas tanto en Estados Unidos como en Europa. ⁽³⁾

Las diferencias en la prevalencia son el resultado de distintas definiciones, así como de otros factores, como sus diversos enfoques, técnicas y estudios. ⁽⁴⁾

La incidencia de la preeclampsia y la preeclampsia ha aumentado significativamente en las últimas dos décadas, con un incremento en la prevalencia de 67% y 140%, respectivamente. En el transcurso de las últimas seis décadas, la tasa de mortalidad materna en México ha disminuido. Según los datos recopilados por la Oficina Nacional de Estadística en 2015, hubo un total de 944 muertes maternas entre mujeres de 10 a 39 años. ⁽⁵⁾

En 2007, la mortalidad materna representó el 13,7% de todas las muertes en Argentina, situando al país como la tercera causa de mortalidad materna. Una de las principales causas de mortalidad materna en Perú es la preeclampsia, con una tasa de mortalidad materna que oscila entre el 1,5% y el 2,9% (6). En este escenario particular, se requiere una evaluación del estado del feto. forma tanto bioquímica como biofísica. En la mayoría de los embarazos, se examinan los latidos del corazón del feto, así como los movimientos y contracciones uterinos. Existen numerosos procesos y métodos que pueden utilizarse para valorar la salud; las imágenes cardiovasculares son una excelente prueba electrónica de seguimiento del embarazo que permite evaluar el bienestar del feto. (7)

En la mayoría de los embarazos se examinan los latidos del corazón del feto, así como los movimientos y contracciones uterinos, las imágenes cardiovasculares son una excelente prueba electrónica de seguimiento del embarazo que puede evaluar el bienestar del feto. (8)

El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre los parámetros de monitorización materno-fetal y el estado de salud de los recién nacidos, con el fin de comprender mejor si algunos indicadores pueden modificarse mediante la monitorización del momento del parto y si pueden ser la causa de cambios en el Apgar del recién nacido, confirmando el papel de los parámetros de monitorización materno-fetal. prueba con el fin de prevenir resultados desfavorables para el feto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Qué relación existe entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Materno Carlos Showing Ferrari, 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación entre el monitoreo fetal y el conteo de Apgar del recién nacido?

- ¿Cuál es la relación entre el monitoreo fetal y las características del líquido amniótico del recién nacido?
- ¿Cuál es la relación entre el monitoreo fetal y la edad de las pacientes?
- ¿Cuál es la relación entre el monitoreo fetal y el estado nutricional de las pacientes?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Materno Carlos Showing Ferrari, 2019.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la relación entre el monitoreo fetal y el conteo de Apgar del recién nacido
- Determinar la relación entre el monitoreo fetal y las características del líquido amniótico del recién nacido
- Comprobar la relación entre el monitoreo fetal y la edad de las pacientes
- Establecer la relación entre el monitoreo fetal y el estado nutricional de las pacientes.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Esta investigación tiene sentido porque, de acuerdo con los modelos determinantes de la salud, cada día surge evidencia científica de que el comportamiento y el estilo de vida afectan no solo la salud, sino también el estado de salud ⁽⁹⁾. Además, se están realizando esfuerzos

para reducir la cantidad de cesáreas, que se cree que afectan la salud fetal, debido a la existencia de métodos legales de control del embarazo que permiten un control más frecuente del estado fetal. ⁽¹⁰⁾

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

La evaluación de la salud fetal es un procedimiento estándar y, a menudo, las instituciones competentes, como el Instituto Nacional de Obstetricia, Ginecología y Atención Perinatal, lo utilizan para evaluar el estado del feto antes del nacimiento y predecir cualquier resultado adverso. , es un método para predecir posibles complicaciones ⁽¹¹⁾ Aunque todavía se observa que en ocasiones los parámetros diagnósticos no son del todo precisos, por lo tanto, a través de este examen se puede evaluar objetivamente el estado del niño y de la madre. ⁽¹²⁾

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Este estudio validó sistemáticamente el uso de estas herramientas para determinar la relación entre el monitoreo fetal y la salud del recién nacido, probó su validez y precisión, y su confiabilidad ayudará a definir y comprender mejor la pregunta de investigación.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En cuanto a las limitaciones, debido a que los investigadores no tuvieron tiempo y hubo poca información sobre este tema, surgieron algunas dificultades en la elaboración del trabajo.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

En cuanto a la disponibilidad de recursos económicos, serán pagados por los investigadores en el precio y montos reales de acuerdo al proyecto establecido, y también se dispondrá de apoyo a los pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En 2017, Paucar y Borrero¹³ realizaron una investigación en Ecuador con el propósito de determinar si existe o no una correlación entre los resultados de los trazados cardiotocográficos y las lecturas de APGAR. Cuando son llevados por madres embarazadas, los lactantes representan un riesgo para la salud del feto en crecimiento debido a la proximidad entre ambos. El planteamiento de esta investigación consistió en observar a 270 mujeres embarazadas de bajo riesgo que dieron a luz a sus hijos mediante cesárea y tuvieron una baja tasa de mortalidad infantil en el primer minuto tras el nacimiento. Estas mujeres también dieron a luz a sus bebés mediante la técnica de parto por cesárea. Según los resultados, el 58,6% de las pacientes tenían imágenes cardíacas aberrantes, mientras que el 41,4% tenían imágenes cardíacas normales.

Maroto¹⁴ 2017 se realizó en Ecuador para determinar el grado de correlación que existe entre el test de Apgar y los valores de PH de la arteria umbilical según el informe cardiovascular fase II. El país de Ecuador sirvió de localización para este estudio. Parte del abordaje incluyó la realización de una investigación analítica, observacional y longitudinal. Según los datos, el Hospital de Fuenlabrada tenía una proporción mucho mayor de registros cardiotocográficos normales que el Hospital, no obstante, los tres hospitales tenían registros cardiotocográficos normales. Tanto en el Hospital Infanta de la Infanta como en el Hospital Puerta de Hierro se registraron temperaturas normales durante todo el incidente.

Específicamente, Chango y Velos¹⁵ en 2014, se terminó una investigación en Ecuador. El estudio se realizó con el objetivo de demostrar que dicha monitorización nos proporciona la capacidad de

reconocer cualquier cambio en el bienestar fetal y evitar problemas posteriores. El estudio se concibió con el objetivo de aportar pruebas que respalden la proposición de que este potencial es real. Se adoptó el diseño de casos y controles, y participaron en el estudio un total de 481 embarazadas. A continuación, se enumeran los resultados obtenidos: El tercer tipo de monitor fetal electrónico prenatal tiene una sensibilidad del 49,1% y una especificidad del 82%, lo que indica que esta prueba es capaz de determinar un embarazo sano sin poner en riesgo al feto. Llegaron a la conclusión de que la monitorización fetal electrónica prenatal sin estrés es una prueba que no sólo es barata, sino también no invasiva y de fácil acceso. Además, tiene un alto grado de especificidad y puede utilizarse para evaluar el estado del bebé y la fertilidad de la madre durante el embarazo.

En 2014, un investigador de nombre Chávez P¹⁶ de Guatemala realizó un estudio con los objetivos de determinar si la monitorización fetal electrónica es útil o no para identificar una amenaza para la salud del feto mientras la madre está en trabajo de parto y determinar si esta amenaza se refleja el Apgar. Además, el estudio pretendía determinar si esta amenaza se refleja o no en la puntuación de Apgar del recién nacido. En cuanto a los resultados del estudio, se descubrió que las desaceleraciones de tipo II estaban presentes en el 60,8% de la población, lo que corresponde a 59 monitorizaciones fetales realizadas a mujeres embarazadas durante el parto. Además, el 10,3% de la población, lo que corresponde al 28,8% de las gestantes, presentaba desaceleraciones de tipo II, mientras que las de tipo III estaban presentes en menor grado.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Clemente y Espinoza¹⁷ realizaron en Huancavelica en 2017. El estudio siguió una metodología observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal. Según los hallazgos, el 71,43% de las gestantes que fueron diagnosticadas con preeclampsia presentaron preeclampsia moderada, mientras que el 28,6% de las gestantes presentaron preeclampsia

severa. Se ha demostrado que los hallazgos favorables de las imágenes cardiacas pueden observarse en alrededor del setenta por ciento de las embarazadas que sólo presentan preeclampsia moderada. En las embarazadas a las que se diagnosticó preeclampsia grave, el cuatro por ciento de ellas presentaba bradicardia, el nueve por ciento una aceleración superior a cinco, el seis por ciento no presentaba movimiento y el cuatro por ciento bradicardias. Llegué a la conclusión de que el 20% de las embarazadas a las que se diagnosticó preeclampsia grave tenían datos cardiométricos fetales negativos. Por otro lado, el 80% de las embarazadas a las que se diagnosticó preeclampsia moderada y el 80% de las embarazadas a las que se diagnosticó preeclampsia grave tenían datos cardiométricos fetales positivos.

La investigación fue realizada en Lima en 2015 por García¹⁸ con la intención de determinar el grado de conexión entre los dos aspectos referidos en el título. La técnica de análisis que se utilizó fue la investigación descriptiva, retrospectiva y transversal. En el 60,3% de los casos, hubo oscilaciones de más de 10 latidos por minuto, y en el 51,15% de los casos, entre 120 y 16X". Estos resultados proceden de investigaciones que examinaron la frecuencia cardiaca fetal. El 58,04% del total puede atribuirse a la aceleración, el 65,0% al ralentí y el 37,3% a otras causas. Un feto es capaz de diferenciar entre más de tres movimientos distintos. Los resultados de la prueba de esfuerzo mostraron que, mientras que el 20,7% de las embarazadas que participaron en la investigación obtuvieron resultados positivos en la prueba, el 52,2% de ellas tuvieron resultados negativos. Las embarazadas preeclámpticas mostraron una incidencia significativamente mayor de problemas maternos, con un 16,6% de casos.

En el mes de junio de 2016, Coaquira¹⁹ gestantes que habían sido diagnosticadas con hipertensión arterial en el establecimiento de salud objeto de la investigación. Materiales y métodos El diseño de la investigación consistió en un abordaje retrospectivo, cuantitativo, descriptivo y transversal. El 49,3% de las encuestadas estaba en edad reproductiva y la mayoría de ellas (53,7%) había terminado la enseñanza

secundaria. Además, el 53,7% pertenecía a una región urbana y el 52,2% nunca había dado a luz. Sin embargo, el 73,1% de ellas había llevado a término su embarazo. Por otra parte, la preeclampsia, la hipertensión inducida por el embarazo, la hipertensión crónica y la eclampsia estaban presentes en el 65,7%, 22,4%, 7,5% y 2,9% de las mujeres, respectivamente. La preeclampsia se observó en el 65,7% de las mujeres. Las pruebas que no incluían estrés mostraron que el 81,5% de la población.

Una investigación fue realizada en Lima en el año 2016 por Bustinza²⁰ prueba de esfuerzo y los puntajes de Apgar en gestantes que habían acudido al mencionado hospital con al menos 41 semanas de gestación. Los componentes y pasos implicados En el transcurso de esta investigación se utilizaron como metodologías un enfoque observacional, descriptivo, histórico y reflexivo. Se descubrió que las mujeres embarazadas cuya edad gestacional era igual o superior a 41 semanas tenían una edad media de 26 años, una mayor proporción de ellas vivía en pareja (62%) y un mayor porcentaje de ellas tenía estudios secundarios (65,2%). El ochenta y ocho comas dos por ciento de los casos presentaba contracciones regulares, el noventa y tres comas seis por ciento de los pacientes tenía una frecuencia cardiaca en reposo entre 110 y 160 latidos por minuto, el ochenta coma dos por ciento de los casos tenía un diferencial de frecuencia cardiaca entre seis y veinticinco latidos por minuto y el ochenta coma dos por ciento de los casos tenía una frecuencia cardiaca en reposo. La aceleración tanto hacia delante como hacia atrás fue del 11,5%.

Bustinza²¹ "Resultados del test no estresante y la presión alta en gestantes", publicado en 2016 en Lima. Un tipo observacional, un enfoque analítico comparativo y un diseño transversal retrospectivo fueron las metodologías de investigación que se utilizaron en este estudio. Según los hallazgos, el 86% de las pacientes fueron diagnosticadas con condiciones de corte leve, mientras que el 14% fueron diagnosticadas con condiciones de corte severo. Según los datos cardiotocográficos, el 98,9% de las pacientes presentaban contracciones cervicales de duración inferior a 5 años, el 90,5% de las pacientes presentaban cambios superiores a 1, el 85,3% de las pacientes

presentaban latidos acelerados, el 12,7% de las pacientes presentaban reducciones superiores o iguales al 50% y el 85,3% de las pacientes presentaban latidos acelerados. Dado que los cambios en los resultados de las pruebas de ausencia, sospecha y mala resistencia son significativos en el prediagnóstico de la preeclampsia, la conclusión y la modificación de las pruebas son diferentes para las mujeres embarazadas en comparación con las personas no preeclámplicas.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En 2015, el equipo de investigación conocido como Cotrina²² realizó investigaciones descriptivas, correlacionales, prospectivas y transversales, y se incluyeron en la muestra las opiniones de 137 usuarios distintos. La monitorización es claramente útil para la identificación del desarrollo fetal, según el estudio; sin embargo, la monitorización no da pruebas concluyentes sobre el estado del bebé. Si miramos las cosas desde una perspectiva estadística, el hecho de que un paciente tenga una monitorización fetal electrónica completa no siempre va a ser un impedimento para que alcance una puntuación de Apgar alta.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ABORDAJE DEL CUIDADO NEONATAL

2.2.1.1. ENFOQUE TRANSCULTURAL

En cuanto a los recursos humanos, se proporcionará el apoyo esencial en las distintas fases del proceso. Este apoyo nos ayudará en el proceso de investigación proporcionando investigadores, consultores, facilitadores, recopilación de datos, codificación, tabulación, procesamiento de datos y análisis.²³ Dado que la comprensión de los comportamientos y creencias nos permite reconocer y rectificar las prácticas anticuadas, que con frecuencia están asociadas a los avances tecnológicos de la ciencia.²⁴ Este documento pretende alcanzar los siguientes objetivos: representar los cuidados del lactante a través de formas culturalmente variadas;

capacitar a las enfermeras para proporcionar herramientas para el desarrollo familiar; y respetar las creencias culturales que se tienen en cada núcleo familiar.²⁵

Esta teoría es esencial para la investigación porque explica cómo debemos tratar a un bebé desde el momento en que es concebido hasta que nace, así como el papel que debe desempeñar la madre para protegerlo, y lo hace explicando cómo debemos tratar a un recién nacido.

2.2.2. MODELO DE CREENCIAS DE LA SALUD

El argumento se esgrimió para explicar por qué la gente no participa en programas diseñados para evitar enfermedades que afectan a la salud pública. A continuación, hacen uso de él para explicar comportamientos como la reacción de una persona ante determinados síntomas de enfermedad, la adherencia de un paciente a los tratamientos y orientaciones médicas y las prácticas de autoinforme. Los aspectos del modelo que influyen en el comportamiento sanitario pueden desglosarse en dos categorías: las percepciones de las personas sobre los peligros para su salud y sus creencias sobre su capacidad para protegerse de esos peligros.²⁶

2.2.3. TEORÍA DE DOROTEA OREM EN EL ABORDAJE DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo, las mujeres pasan por muchos cambios que resultan en una necesidad, ya veces una falta, de autocuidado que debe abordarse o compensarse para mantenerse saludable.

En ambas fases, el desarrollo de las necesidades de autocuidado estará determinado por cambios físicos, psicológicos y sociales, por lo que las medidas de autocuidado diseñadas tendrán como objetivo mejorar el autocuidado, promover y mantener la salud, y paliar o reducir las consecuencias negativas. estos cambios. ²⁷

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. DEFINICIÓN DE MONITOREO FETAL

Palabras de Huamán a tal efecto Se encarga de analizar la frecuencia cardiaca fetal, además de su ritmo y frecuencia, así como su relación con estímulos como el movimiento del propio feto, las contracciones uterinas y otros estímulos externos.²⁸

Para Terré²⁹ Se considera la forma de monitorización fisiológica del feto que más tiempo tarda en completarse.

2.3.2. TEST NO ESTRESANTE (NST)

Se ve el monitoreo y el latido cardiaco del feto y el seguimiento de cualquier cambio en el movimiento fetal³⁰. Una estimación de la respuesta fetal, a menudo conocida como la capacidad neural del feto para reaccionar ante un estímulo interno o externo.³¹

Indicaciones de uso: Se utiliza en: - Embarazo normal (si es necesario a partir de las 28 semanas).

- En embarazos de menos de 28 semanas cuando existe isoimmunización Rh.
- Posibilidad de oxigenación y/o flujo sanguíneo inadecuados entre el útero y la placenta.³²

2.3.2.1. PATRÓN DE REACTIVIDAD

Puede registrar dos o más aumentos de la frecuencia cardiaca fetal de 15 latidos o más por minuto, establecidos a intervalos de 15 segundos o más; por encima de la línea de base; puede hacerlo a intervalos de 20 minutos con o sin movimiento fetal.

- Tome nota de la aceleración, que debe continuar durante al menos tres minutos para generar una alarma sonora vibratoria.³³

- Observar la aceleración de la cabeza en respuesta a una estimulación manual (ligeros movimientos laterales durante un minuto completo).³⁴

2.3.3. APGAR

Se trata de una breve exploración que tiene lugar en los primeros cinco minutos de vida del recién nacido fuera del útero materno, justo después de nacer. El resultado al minuto puede indicar si el bebé está llevando bien el proceso de parto, mientras que el resultado a los cinco minutos puede indicar cómo está el bebé en general.³⁵

Un médico cualificado realizará la evaluación APGAR del lactante, durante la cual comprobará las siguientes condiciones:

1. Un esfuerzo de los pulmones
2. El ritmo del corazón y el tono de los músculos
4. Reflejos
5. El color de la piel³⁶

2.3.4. VALORES NORMALES

La puntuación de Apgar oscila entre 1 y 10, siendo 10 la mejor. Si la puntuación es mayor, se supone que el bebé se desarrollará mejor tras el nacimiento.

Se han relacionado varios factores con las puntuaciones de APGAR bajas.³⁷

- Cuando existe la probabilidad de un parto duro y prolongado.

/En caso de que tenga que someterse a una cesárea debido a la exposición a la anestesia ³⁸

Paridad: Compara el número de nacimientos que ya ha tenido la madre con el número que espera tener con las siguientes categorías:

infértil (sin hijos), varios hijos (de dos a cinco hijos) y muchos abuelos (más de seis hijos).³⁹

Muerte neonatal: Después del nacimiento, se describe como todo lo que ocurre a lo largo de la primera semana de vida de una persona.

Líquido Amniótico: Gracias a su elasticidad. Es el mecanismo que controla la alimentación que recibe el feto, así como su metabolismo. A las 12 semanas, el volumen es de sólo 50 ml, pero a las 20 semanas ha aumentado a 400 ml y a las 38 semanas puede alcanzar un máximo de 1.000 ml. ⁴¹

El estómago, pulmones, riñones y el cutáneo son vías potenciales de transferencia de líquido al bebe en desarrollo. El feto es capaz de ingerir entre 5 y 7 ml cada hora.

El feto está protegido del mundo exterior por el líquido amniótico, que amortigua los golpes o movimientos inesperados que pueda sufrir la madre.

- Para permitir la movilidad sin restricciones del feto y el desarrollo de músculos esqueléticos simétricos.
- Para evitar que el feto pierda calor, es importante mantener la temperatura del útero al mismo nivel que la del entorno.
- Así puede tener lugar un desarrollo pulmonar sano.⁴²

2.3.5. MECONIO

El término "meconio" tiene su origen en la palabra griega "meconium", que puede traducirse como "opio" o "jugo drogado". Esto se debe a que la presencia de manchas de meconio en el líquido amniótico se ha relacionado con la depresión infantil. Está formado por heces fetales y contiene los restos del líquido amniótico que ingirió el feto, así como restos de descamación, secreciones intestinales fetales y biliverdina. La biliverdina tiñe de verde el líquido amniótico cuando se expulsa, lo que cambia la proporción.⁴⁴

2.3.6. EDAD MATERNA

Esto proporciona un contexto biogeográfico que ayuda a identificar las variables de riesgo. Los años reproductivos de una mujer, a menudo conocidos como su "periodo fértil", son de suma importancia.⁴⁵

Los embarazos que se producen antes de los 20 años o después de los 35 se asocian a mayores riesgos maternos y perinatales.⁴⁶

Algunas personas lo consideran un embarazo después de los 40 años, mientras que otras lo consideran un embarazo a una edad muy avanzada, después de los 45 años. En un principio se utilizó el término "edad materna avanzada" para describirlo.⁴⁷

2.3.7. ESTADO NUTRICIONAL MATERNO

Existe una correlación entre el estado nutricional de la madre y el estado del niño. Los bebés tienen más probabilidades de nacer con bajo peso, presentar retraso del crecimiento e incluso fallecer en el periodo perinatal si existe una carencia de nutrientes durante el embarazo.⁴⁸ La malnutrición durante el embarazo se ha relacionado con diversos factores, como una información incorrecta, malos hábitos alimentarios y tabúes alimentarios específicos.⁴⁹ Por otro lado, se ha sugerido una asociación entre la malnutrición y la obesidad durante el embarazo y trastornos secundarios e inflamatorios que repercuten en la supervivencia fetal.⁵⁰

a) Ganancia de peso materno

Se evalúa y examina al principio del embarazo para poder proporcionar orientación nutricional.⁵¹

b) Niveles de hemoglobina

La necesidad de hierro aumenta considerablemente cuando una mujer está embarazada. Los niveles de hemoglobina (Hb) fluctúan en función de la altitud. La anemia en el embarazo se diagnostica cuando el nivel de hemoglobina cae por debajo de 11 g/dL.⁵²

2.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- a) **Monitoreo fetal:** Práctica consistente en medir continuamente el estado fetal.⁵³
- b) **Test de Apgar:** Exploración clínica de los recién nacidos para evaluar parametros.⁵⁴
- c) **Líquido amniótico** El feto en desarrollo que se encuentra dentro de la bolsa amniótica está protegido del peligro por el líquido amniótico presente en la bolsa amniótica.⁵⁵
- d) **Edad de la madre:** Ayuda a encontrar los riesgos a los que se asocian los embarazos.⁵⁶
- e) **Bienestar del recién nacido:** Está relacionado con el estado fisiológico del niño tras el parto, que puede evaluarse a partir de la puntuación de Apgar⁵⁷.

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Existe relación entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Materno Carlos Showing Ferrari, 2019.

Ho: No existen relación entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Materno Carlos Showing Ferrari, 2019.

2.6. VARIABLES

2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

X: Monitoreo fetal.

2.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Y: Bienestar del recién nacido

2.6.3. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

2.6.3.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS

- Edad.
- Origen.

2.6.3.2. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LAS MADRES

- Estado civil
- Nivel de estudios
- Ocupación actual

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Monitoreo fetal	Monitoreo fetal	Categórica	Puntuaciones	Nominal Politómica
APGAR del recién nacido	Apgar	Categórica	Frecuencia cardíaca	Nominal Dicotómica
			Esfuerzo respiratorio	Nominal Dicotómica
			Actividad muscular	Nominal Dicotómica
			Reflejos e irritabilidad	Nominal Dicotómica
			Coloración	Nominal Dicotómica
Características del líquido amniótico	Líquido amniótico	Categórica	Claro	Nominal Dicotómica
			Meconial	Nominal Dicotómica
Edad materna	Gestante adolescente	Categorica	15-19 años	Nominal Dicotómica
	Edad promedio	Categórica	20-34 años	Nominal Dicotómica
	Gestante añosa	Categórica	35-45 años	Nominal Dicotómica
Estado nutricional	Condición física materna	Categórica	Ganancia de peso	Nominal Dicotómica
			Anemia	Nominal Dicotómica
VARIABLE DEPENDIENTE				
Apgar Neonatal	Apgar al minuto	Categórica	0-3 puntos	Nominal
			4-6 puntos	Dicotómica
			7-10 puntos	
	Apgar a los cinco minutos	Categórica	0-3 puntos 4-6 puntos 7-10 puntos	Nominal Dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN DE LA MADRE				
Características demográficas	Edad	Numérico	Edad en años	Razón
	Estado civil	Categórico	Estado	Nominal Dicotómica
Características académicas	Grado de escolaridad	Categórico	Estudios	Nominal Dicotómica
	Ocupación	Categórico	Ama de casa Comerciante Otro	Ordinal Politómica

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados del estudio indican que la investigación son los componentes que conforman el tipo de análisis relacional.

Como consecuencia del hecho de que los datos se recogen en el mismo momento en que se producen los acontecimientos, el estudio será prospectivo, como especifica la técnica de recogida de datos.

Dado que las variables se analizan en un momento determinado, el estudio es de tipo transversal.

Sin embargo, por las variables, ésta fue para describir y realizar un análisis.

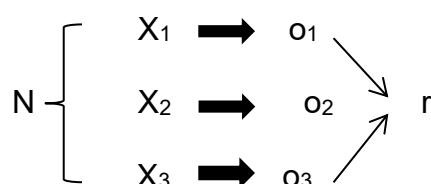
Esta investigación utilizó un enfoque cuantitativo para su metodología, ya que se basó en la medición numérica precisa de las variables.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se llevó a cabo en el nivel explicativo, ya que su objetivo era explicar el comportamiento de una variable en función de otra variable (o variables).

3.1.3. DISEÑO DE ESTUDIO

En el cuadro siguiente:



Dónde:

N= Madres

X₁= Monitoreo fetal

X₂= Bienestar del recién nacido

X₃= Apgar

X₄= Líquido amniótico

X₅= Edad materna

X₆= Estado nutricional

O₁= Observación 1

O₂= Observación 2

O₃= Observación 3

r= Relación

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Según la información recogida en el servicio, la población estaba formada por todas las madres embarazadas, con un total de 90 mujeres embarazadas.

3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron en el estudio a los gestantes que

- Embarazadas a las que se les ha realizado monitorización fetal anteparto y tienen resultados cardiotocográficos.
- Mujeres embarazadas que rellenaron el formulario de seguimiento de la monitorización fetal anteparto con toda la información pertinente.
- Una mujer que estaba embarazada y dio a luz en el centro donde estaba siendo atendida.
- Estar embarazada pero no estar de parto.

3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se considerarán a las gestantes que:

- Mujeres embarazadas con fetos con anomalías congénitas. Mujeres embarazadas con otras enfermedades (embarazo prolongado, hipotiroidismo, etc.).
- Mujeres embarazadas que fueron derivadas a otra institución o que finalizaron su embarazo en otro hospital.
- Mujeres que no firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres que fueron derivadas a otro hospital para finalizar su embarazo.

3.2.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No habían completado más del 90% de las preguntas del cuestionario y se negaron a firmar la autorización.

3.2.4. UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO

- a) **Ubicación en el espacio:** El Departamento de Obstetricia de la Maternidad Carlos Showing Ferrari sirvió de lugar para la ejecución del proyecto de investigación.
- b) **Ubicación en el tiempo:** entre los meses de junio y diciembre de 2019

3.3. MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1. UNIDAD DE ANÁLISIS

Mujeres embarazadas que sufren preeclampsia.

3.3.2. UNIDAD DE MUESTREO

Análisis y selección fueron los mismos.

3.3.3. MARCO MUESTRAL

Una lista de las pacientes embarazadas actualmente ingresadas en el hospital.

3.3.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Trabajamos con toda la población, que constaba de noventa mujeres embarazadas, pero no aplicamos la fórmula porque la población era muy pequeña.

3.3.5. TIPO DE MUESTREO

Muestreo probabilístico combinado con un muestreo de conveniencia, y un total de noventa mujeres embarazadas participaron en la investigación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. MÉTODOS

La recogida de datos diseñado de acuerdo con las variables de la investigación.

A continuación, se indican las secciones incluidas en el formulario:

Primer punto: características generales y obstétricas de la mujer embarazada.

- Segundo punto: seguimiento del feto.

El tercer tema es la información relativa a la salud y la seguridad del recién nacido.

3.4.2. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fueron evaluados por expertos para determinar su validez tanto en términos de contenido como de construcción.

3.4.3. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- a) **Autorización:** Para los permisos necesarios para el trabajo de campo, se consultó al director de la Maternidad Carlos Showing Ferrari para coordinar los pasos necesarios.
- b) **Aplicación de instrumentos:** La concentración tendrá lugar en el Hospital Materno Infantil, y hasta allí se desplazará un equipo de encuestadores que han recibido formación previa.

3.4.4. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

Durante el proceso de elaboración de los datos para este estudio se tuvieron en cuenta los siguientes pasos:

- a) **Revisión de los datos.** Se analizó cada uno de los instrumentos de recogida de datos utilizados y, del mismo modo, se llevó a cabo un control de calidad para realizar los ajustes necesarios.
- b) **Codificación de los datos.** Durante la fase de recogida de los datos, que luego se codifican en función de las respuestas previstas, tiene lugar la codificación.
- c) **Procesamiento de los datos.** Una vez recogidos los datos, el siguiente paso es procesarlos manualmente con Excel.
- d) **Plan de tabulación de datos.** A partir de los datos recogidos y con el fin de dar solución a los problemas y alcanzar los objetivos propuestos.
 - i. **Presentación de datos.** La información se presentaba en tablas académicas, cada una de ellas acompañada de su propio gráfico.

3.5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

3.5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Si es necesario para el estudio, un análisis descriptivo que tenga en cuenta la localización y la dispersión de los datos medidos empleados.

3.5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Prueba de Chi-cuadrado para realizar un análisis utilizando dos variables con el fin de probar la hipótesis de que existe una conexión entre los elementos que influyen en el nivel de satisfacción.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se explican las normas éticas que se han tenido en cuenta.

- **Beneficencia:** Esta investigación beneficia a los usuarios, lo que demuestra la gravedad del problema.
- **No Maleficencia:** Esta investigación beneficia a los usuarios, lo que demuestra la gravedad del problema.
- **Autonomía:** Este principio se cumple, ya que les informa de que son libres de salir del acuerdo en cualquier momento.
- **Justicia:** Por escrito y a la necesidad de que se presente antes de acercarse a un participante en el estudio, se respeta este principio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Edad de las pacientes atendidas

Demográficas		
	F	%
Edad		
15-19 años	28	31,1
20-34 años	51	56,7
35- 47 años	11	12,2
Total	90	100

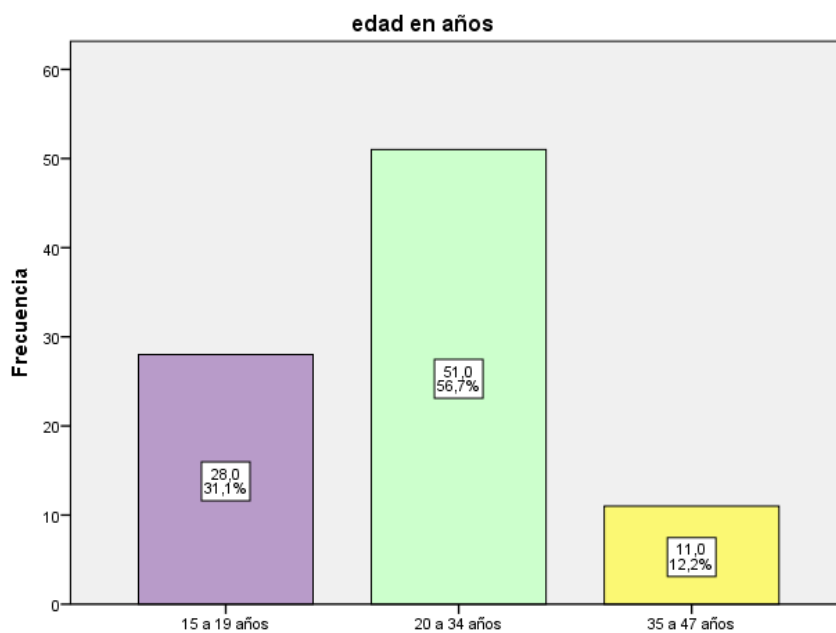


Gráfico 1. Edad en años de las pacientes

Las características sociodemográficas, se constató que la mayoría de la población pertenecía al grupo de edad comprendido entre los 20 y los 34 años (56,7%), el 31,1% de la población tenía entre 15 y 19 años y el 12,2% de la población tenía entre 35 y 47 años.

Tabla 2. Origen de las pacientes atendidas

Demográficas	F	%
Zona de procedencia		
De Huánuco	71	78,9
Fuera de Huánuco	19	21,1
Total	90	100

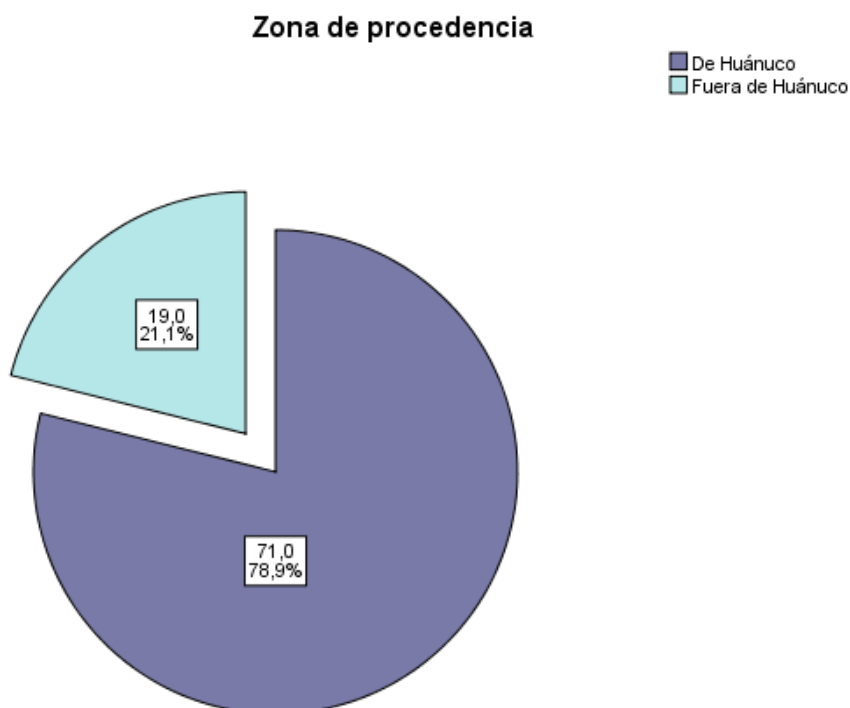


Gráfico 2. Zona de procedencia de las pacientes

Cuanto, a las características sociodemográficas, el 78,9% de la población es nativa de Huánuco, mientras que el 21,1% de la población no es nativa de Huánuco.

Tabla 3. Características sociodemográficas estado civil de las pacientes atendidas

Sociodemográficos	F	%
Estado civil		
Soltera	27	30,0
Casada	25	27,8
Conviviente	38	42,2
Total	90	100

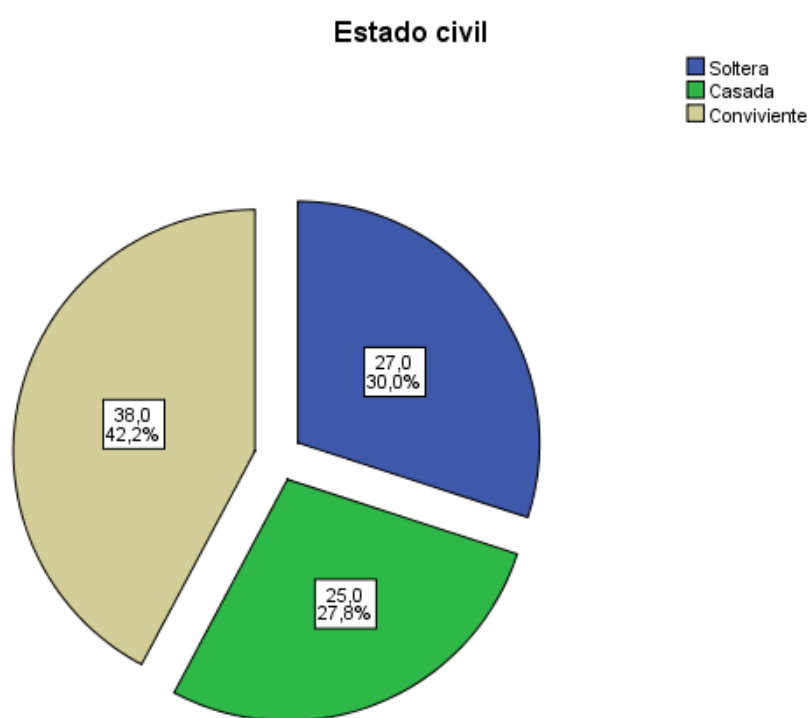


Gráfico 3. Estado civil de las pacientes

Las características sociodemográficas, el 42,2% de la población vivía en pareja, el 30,0% era soltera y el 27,8% estaba casada.

Tabla 4. Características académicas grado de escolaridad de las pacientes atendidas

Académicas	F	%
Grado de escolaridad		
Sin estudios	17	18,9
Primaria completa	30	33,3
Secundaria completa	10	11,1
Superior tecnico	24	26,7
Superior universitario	9	10,0
Total	90	100

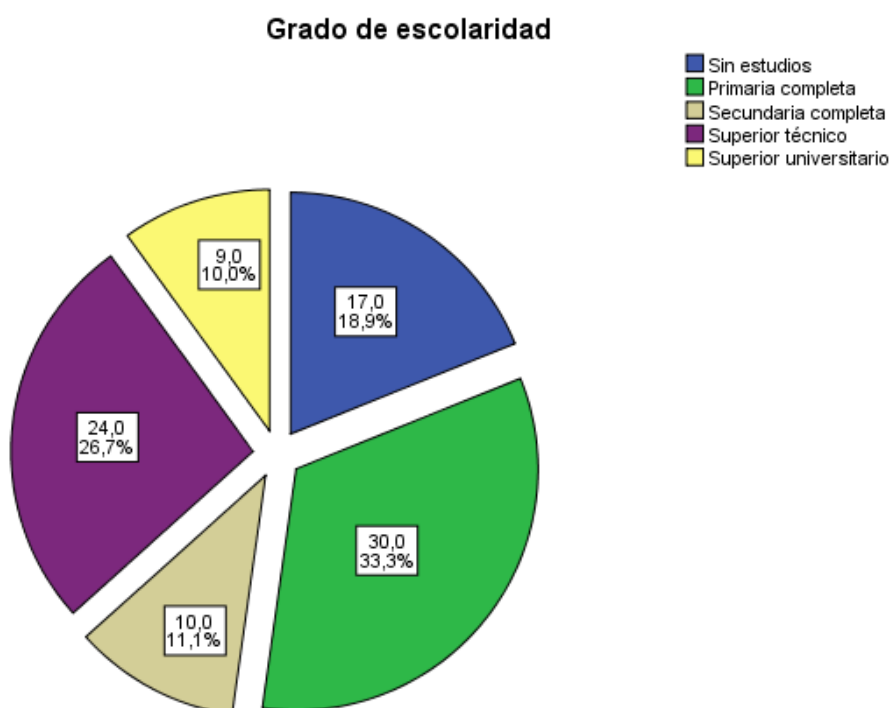


Gráfico 4. Grado de escolaridad de las pacientes

Las cualificaciones académicas, se constató que el 33,3% de la población había terminado la enseñanza primaria, el 26,7% tenía estudios técnicos superiores, el 18,9% no había asistido a ningún tipo de institución educativa y el 11,1% había terminado la enseñanza secundaria.

Tabla 5. Características sociales ocupación de las pacientes atendidas

Sociales	F	%
Ocupación		
Ama de casa	16	17,8
Comerciante	57	63,3
Otro	17	18,9
Total	90	100

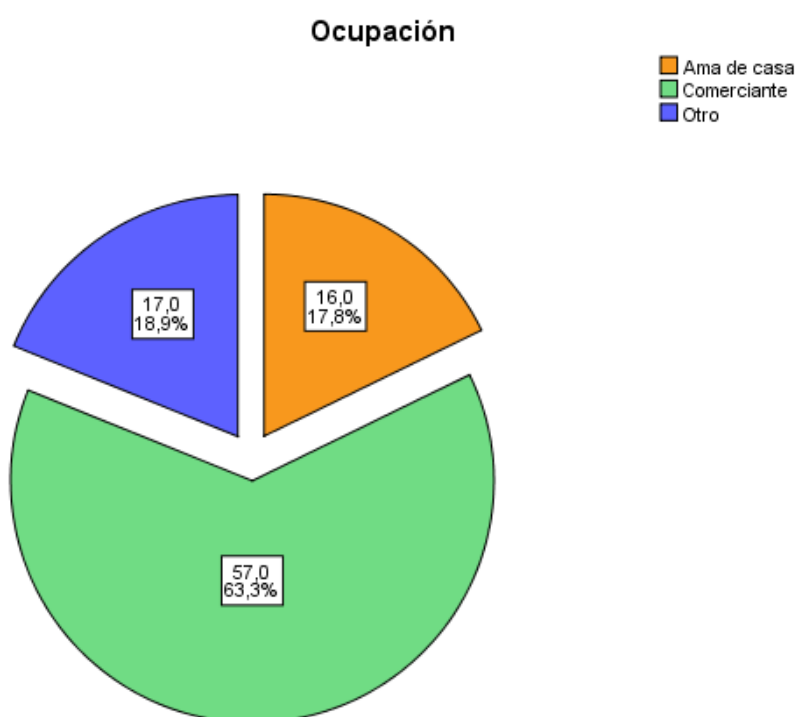


Gráfico 5. Ocupación de las pacientes

Los distintos rasgos sociales, el 63,3% se consideran comerciantes, el 18,9% tienen otra profesión y el 17,8% se consideran amas de casa.

4.1.2. MONITOREO FETAL

Tabla 6. Monitoreo fetal de las pacientes atendidas

Monitoreo Fetal	F	%
Puntuación 8-10	16	17,8
Puntuación 5-7	57	63,3
Puntuación menor de 4	17	18,9
Total	90	100

Fuente: Ficha de análisis documental

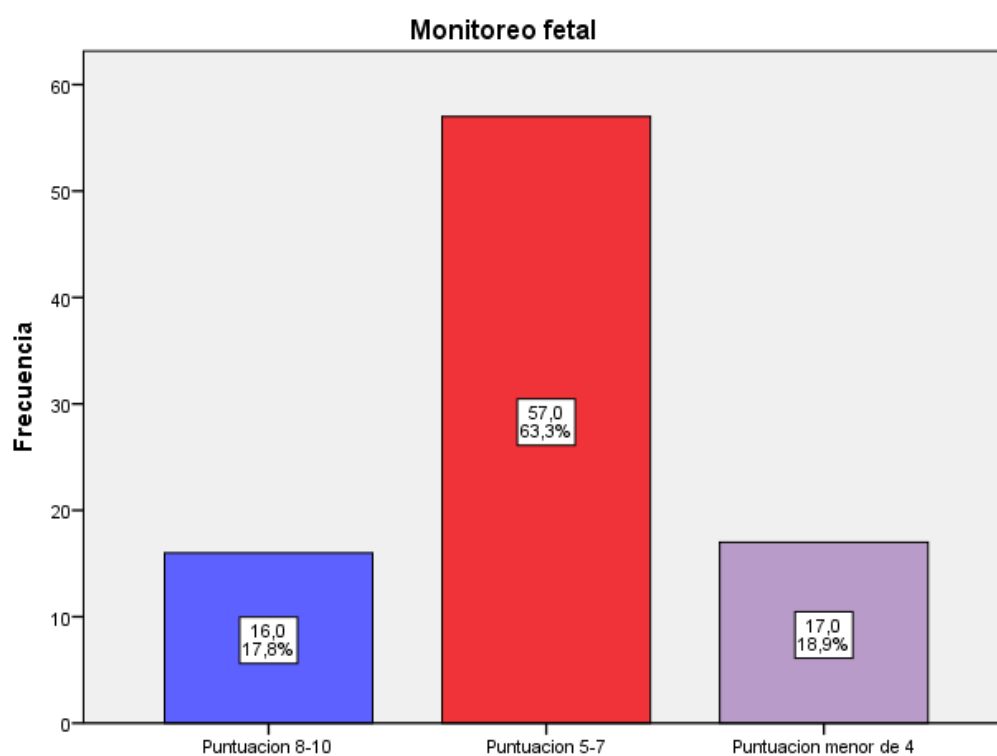


Gráfico 6. Monitoreo fetal de las pacientes

En cuanto a la monitorización fetal de las pacientes que formaron parte de esta investigación, se descubrió que la mayoría de ellas, el 63,3%, tenía una puntuación que oscilaba entre 5 y 7 puntos, mientras que el 18,9% tenía una puntuación inferior a 4 puntos.

Tabla 7. Apgar de las pacientes atendidas

Apgar	F	%
puntaje menor o igual de 3	35	38,9
puntaje de 4-6 puntos	20	22,2
puntaje de 7-10 puntos	35	38,9
Total	90	100

Fuente: Ficha de análisis documental

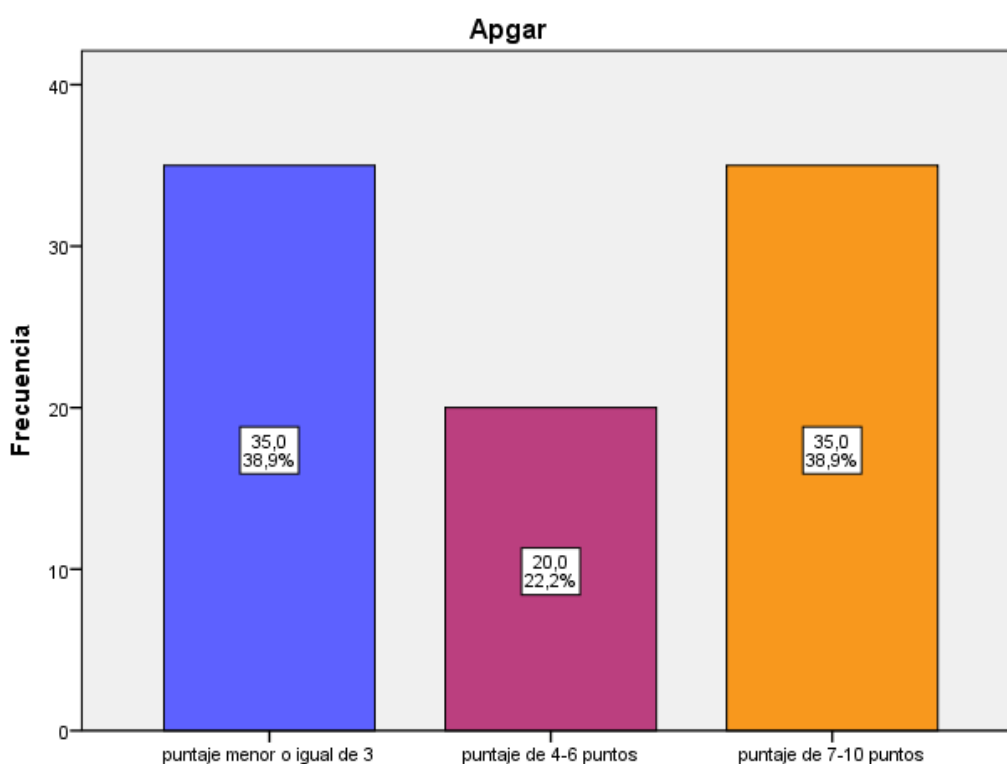


Gráfico 7. Apgar del recién nacido

En cuanto a la puntuación de Apgar del bebé, cabe señalar que el grueso de los pacientes (38,9%) obtuvo una puntuación inferior o igual a 3 puntos, mientras que otros obtuvieron una puntuación de 7-10 puntos, y el 22,2% una puntuación de 4-6 puntos.

Tabla 8. Características del líquido amniótico de las pacientes atendidas

Líquido amniótico	F	%
claro o transparente	72	80,0
meconial	18	20,0
Total	90	100

Fuente: Ficha de análisis documental

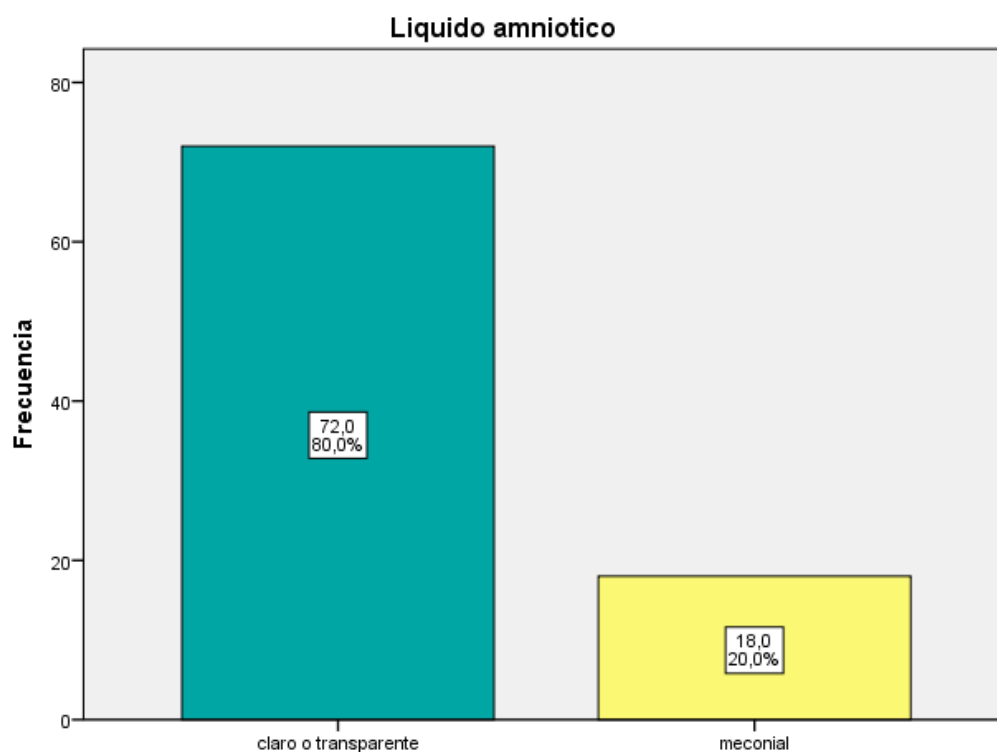


Gráfico 8. Líquido amniótico de las pacientes

La mayoría de las pacientes del estudio presentaban líquido amniótico claro o transparente, mientras que el veinte por ciento de ellas tenían líquido meconial en la bolsa amniótica. Esto puede observarse en los datos.

Tabla 9. Índice de masa corporal de las pacientes atendidas

Índice1 de masa corporal	F	%
IMC <18.5	41	45,6
IMC entre 18.5 a 24.9	49	54,4
Total	90	100

Fuente: Ficha de análisis documental

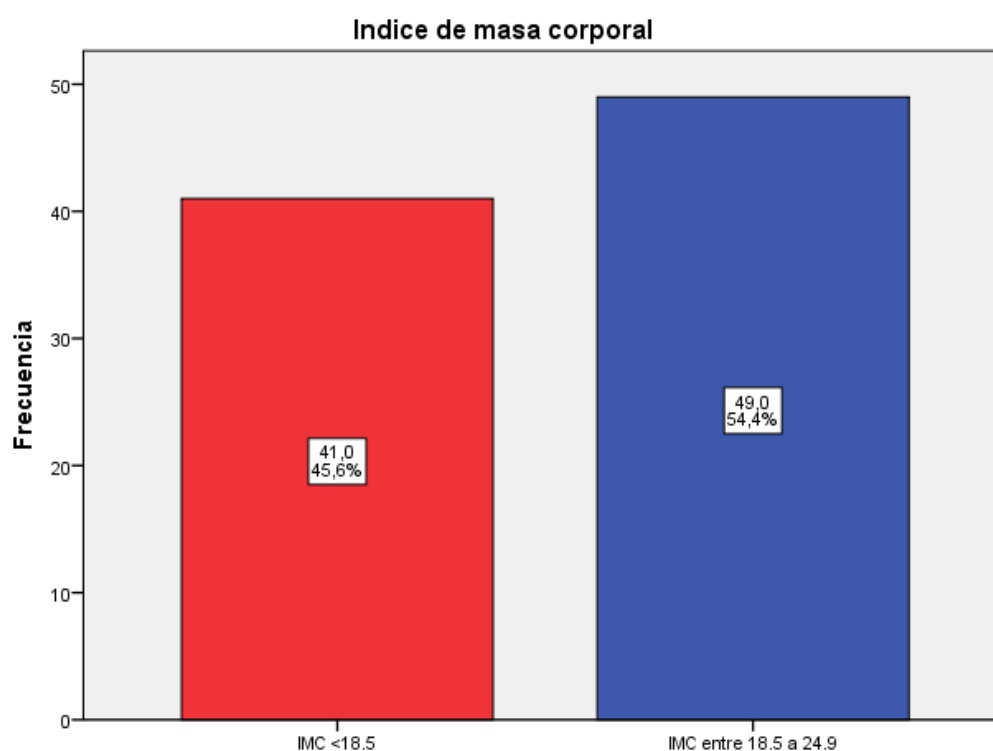


Gráfico 9. Índice de masa corporal de las pacientes atendidas

El 54,4% de ellos tenían un IMC comprendido entre 18,5 y 24,9, mientras que el 45,6% tenían un IMC inferior a 18,5.

Tabla 10. Hemoglobina de las pacientes atendidas

Hemoglobina	F	%
9 a 11gr/dl	64	71,1
7 a 8 gr/dl	11	12,2
<7gr/dl	15	16,7
Total	90	100

Fuente: Ficha de análisis documental

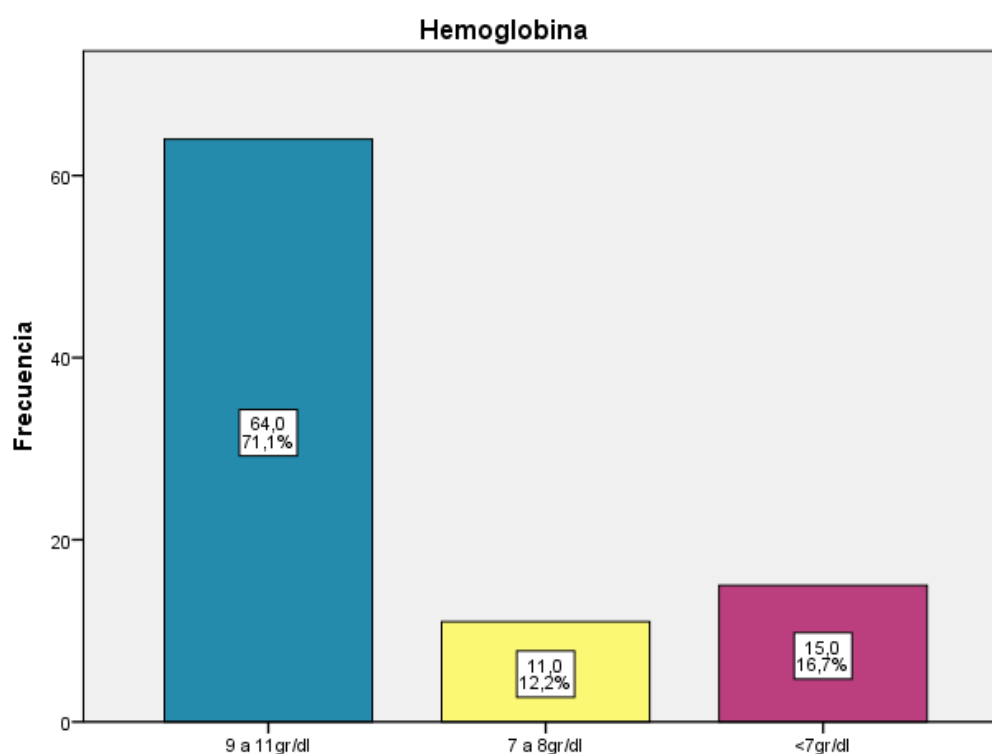


Gráfico 10. Hemoglobina de las pacientes

En cuanto a los pacientes que formaron parte de la investigación, se descubrió que la mayoría de ellos, el 71,1%, tenía una hemoglobina que oscilaba entre 9 y 11 g/dl, mientras que el 16,7% tenía una hemoglobina inferior a 7 g/dl, y el 12,2% tenía una hemoglobina que oscilaba entre 7 y 8 g/dl.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBAS DE HIPÓTESIS

Tabla 11. Relación entre el monitoreo fetal de las pacientes y el apgar del recién nacido

Monitoreo fetal	Apgar					Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Puntaje menor o igual de 3 puntos		Puntaje de 4 a 6 puntos		Puntaje de 7 a 10 puntos N°				
	N°	%	N°	%					
Puntuación 8-10 puntos	7	7,8	9	10,0	22	38	42,3	18.403	0,001
Puntuación 5-7 puntos	9	10,0	7	7,8	8,8	24	26,6		
Puntuación menor de 4 puntos	19	21,1	4	4,4	5	28	31,1		
Total	35	38,8	20	22,2	35	90	100,0		
					38,8				

Fuente: Ficha de análisis documental (anexo 02)

Se descubrió que el 24,4% (22) de las pacientes tenían una puntuación de monitorización fetal de 8 a 10 puntos y una puntuación de apgar de 7 a 10 puntos, mientras que el 21,1% (19) de las pacientes tenían una puntuación de monitorización fetal inferior a 4 puntos y una puntuación de apgar inferior o igual a 3 puntos. Este resultado se refiere entre las variables de estudio.

Mediante la prueba de chi-cuadrado se determinó que existe una relación entre la monitorización fetal de las pacientes y la puntuación de apgar del recién nacido. Esto se demostró mediante el uso de la prueba $X^2 = 18,403$ y $p = 0,001$, ambos significativos.

Tabla 12. Relación entre el monitoreo fetal de las pacientes y las características del líquido amniótico

Monitoreo fetal	Líquido amniótico				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Claro o transparente		Meconial		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Puntuación 8-10 puntos	35	38,8	3	3,3	38	42,3	10.156	0,006
Puntuación 5-7 puntos	20	22,2	4	4,4	24	26,6		
Puntuación menor de 4 puntos	17	18,9	11	12,2	28	31,1		
Total	72	80,0	18	20,0	90	100.0		

Fuente: Ficha de análisis documental (anexo 02)

Se descubrió que el 38,8% (35) de las pacientes tenían una puntuación de 8 a 10 puntos de monitorización fetal y un líquido amniótico claro o transparente, mientras que el 12,2% (11) de las pacientes tenían una puntuación inferior a 4 puntos de monitorización fetal y un líquido amniótico con meconio. Este hallazgo se refiere a la relación entre la monitorización fetal de las pacientes- líquido amniótico.

Cuando se sometió a análisis estadístico, se descubrió que existía una correlación entre la monitorización fetal de las pacientes. Así lo demostró la prueba de Chi cuadrado, que arrojó un valor calculado de $X^2 = 10,156$ y $p = 0,006$ aceptando relacionarse entre si.

Tabla 13. Relación entre el monitoreo fetal y la edad de las pacientes

Monitoreo fetal	Edad de la madre gestante					Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia	
	15 a 19 años		20 a 34 años		35 a 47 años					
	N°	%	N°	%		N°	%			
Puntuación 8-10 puntos	9	10,0	26	28,8	3	3,3	38	42,3	13.634	0,009
Puntuación 5-7 puntos	4	4,4	14	15,5	6	6,6	24	26,6		
Puntuación menor de 4 puntos	15	16,6	11	12,2	2	2,2	28	31,1		
Total	28	31,1	51	56,6	11	12,2	90	100,0		

Fuente: Ficha de análisis documental (anexo 02)

La monitorización fetal y la edad de las pacientes, se descubrió que el 28,8% (26) de las pacientes tenían una puntuación de monitorización fetal de menos de 8 a 10 puntos y una edad de 20 a 34 años, mientras que el 16,6% (15) de las pacientes tenían una puntuación de monitorización fetal de menos de 4 puntos y una edad de 15 a 19 años. Este hallazgo se hizo en relación con el hecho de que las puntuaciones de la monitorización fetal disminuían.

Se rechazó la hipótesis nula debido a la significación $X^2 = 13,634$ y $p = 0,009$, lo que indica que existe correspondencia entre estas variables. La monitorización fetal y la edad de las pacientes se sometieron a un análisis estadístico, y los resultados mostraron que existe una correlación entre ambas.

Tabla 14. Relación entre el monitoreo fetal y el IMC de las pacientes

Monitoreo fetal	IMC				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	IMC <18.5		IMC ENTRE 18.5 A 24.9		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Puntuación 8-10 puntos	11	12,2	27	30,0	38	42,3	7.538	0,023
Puntuación 5-7 puntos	13	14,4	11	12,2	24	26,6		
Puntuación menor de 4 puntos	17	18,9	11	12,2	28	31,1		
Total	41	45,6	49	54,4	90	100,0		

Fuente: Ficha de análisis documental (anexo 02)

Se descubrió que el 30,0% (27) de las pacientes tenían una puntuación de monitorización fetal de 8 a 10 puntos y un IMC entre 18,5 y 24,9, mientras que el 18,9% (17) de las pacientes tenían una puntuación de monitorización fetal inferior a 4 puntos y un IMC de 18,5. Este hallazgo se refiere a la asociación entre la monitorización fetal y el IMC de las pacientes. Este resultado se refiere a la asociación entre la monitorización fetal y el IMC de las pacientes.

Se rechazó la hipótesis nula $X^2 = 7,538$ y $p = 0,023$ resultó significativo. Esto demostró existe una correlación entre las variables en cuestión, lo que sugiere que la monitorización fetal y el IMC de las pacientes están relacionados.

Tabla 15. Relación entre el monitoreo fetal y la Hemoglobina de las pacientes

Monitoreo fetal	Hemoglobina					Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	9 a 11 g/dl		7 a 8 g/dl		< 7g/dl				
	N°	%	N°	%					
Puntuación 8-10 puntos	31	34,4	2	2,2	5	38	42,3	18.460	0,001
Puntuación 5-7 puntos	21	23,3	3	3,3	0	24	26,6		
Puntuación menor de 4 puntos	12	13,3	6	6,6	10	28	31,1		
Total	64	71,1	11	12,2	15	90	100.0		
					16,6				

La monitorización fetal y los niveles de hemoglobina de las pacientes, se descubrió que el 34,4% (31) de ellas tenían una puntuación de 8 a 10 puntos de monitorización fetal y una hemoglobina de 9 a 11 g/dl, mientras que el 11,1% (10) de ellas tenían una puntuación de menos de 4 puntos de monitorización fetal y una hemoglobina de 7 g/dl.

Se determinó mediante el uso de análisis estadísticos que existe una conexión entre la monitorización del feto y los niveles de hemoglobina de las pacientes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

Existe significancia entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en las pacientes que fueron atendidas.

Se mostró que existe relación entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en las pacientes que fueron objeto de estudio [$\chi^2 = 18.460$]

La monitorización fetal es un control que se realiza a las mujeres embarazadas para poder ver el estado del feto y determinar si está causando algún problema o si el embarazo en su conjunto evoluciona con normalidad.

Los resultados de esta investigación son sorprendentemente comparables a los descubiertos por Paucar y Borrero en su investigación. Llegaron a la conclusión de que la cardiotocografía no es un método adecuado para predecir el riesgo de compromiso fetal durante el parto. Los hallazgos recogidos coinciden con lo descubierto por Paucar y Borrero.

De forma similar, Maroto descubrió a través de su investigación que el Hospital de Fuenlabrada tenía un mayor porcentaje de registros cardiotocográficos normales, tenían una mayor proporción de registros cardiotocográficos normales.

Chango y Velos llegaron a la conclusión, basándose en los resultados de su estudio, de que la monitorización fetal electrónica, sino necesita ningún tipo de procedimiento intrusivo y no es costosa. Gracias al alto nivel de especificidad de la prueba.

Al respecto, Clemente y Espinoza concluyeron en su investigación que los resultados cardiotocográficos fueron positivos en las gestantes con diagnóstico de preeclampsia leve, y en las gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa, 80% tuvieron hallazgos cardiotocográficos favorables y 20% negativos. En otras palabras, los hallazgos cardiotocográficos fueron

positivos en las embarazadas a las que se diagnosticó preeclampsia moderada. En las embarazadas a las que se había diagnosticado preeclampsia leve, los resultados cardiotocográficos fueron positivos.

Existe una relación con un ALTO grado de significación estadística entre la puntuación de Apgar de un bebé y el resultado de una prueba de esfuerzo, como demuestran los resultados del estudio de García. Se comprobó que existe esta correlación entre las dos variables.

De forma análoga, el investigador Bustinza llegó a la conclusión en su investigación de que existía una correlación entre apgar y resultados de pruebas.

Sin embargo, los resultados del estudio de Cotrina mostraron que la monitorización ayuda a una óptima evaluación del bebe en camino.

En el contexto de la metodología, Es factible comprobar que la muestra que se consideró en la investigación fue suficiente, ya que consideró la participación en el estudio de una gran proporción de la población que se examinaba, la cual fue elegida utilizando las fórmulas estadísticas adecuadas. Esto permite establecer que la investigación fue adecuada a poblaciones con características similares a la población objeto de estudio; en consecuencia, es conveniente reexaminar la población objeto de estudio. En conclusión, es práctico reexaminar la población que fue En conclusión, es prudente recomendar la realización de este tipo de investigación ya que, a partir de los hallazgos de esta investigación, se sugiere a los administradores del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari implementar estrategias metodológicas y educativas de prevención y promoción con el objetivo de sensibilizar a las mujeres embarazadas. Esta investigación se realizó con el fin de responder a la pregunta: "¿Cómo podemos sensibilizar a las mujeres embarazadas?"

CONCLUSIONES

Los resultados mostraron que existía una correlación entre la monitorización fetal y la puntuación de Apgar del niño, y estos resultados fueron estadísticamente significativos [$\chi^2 = 18,403$, $p = 0,001$]. Las embarazadas que participaron en la investigación fueron las que observaron esta correlación.

Tras examinar una muestra de bebés, los investigadores llegaron a la conclusión de que existía una fuerte asociación entre las propiedades del líquido amniótico presente en los recién nacidos y la monitorización fetal que se realizaba a lo largo del embarazo [$\chi^2 = 10,156$; $p = 0,006$]. Tras realizar su investigación, los investigadores examinaron una muestra de bebés y llegaron a este resultado.

Los investigadores descubrieron que existía una correlación significativa entre la monitorización fetal además de las edades de los pacientes que participaron en la investigación [$\chi^2 = 13,634$; $p = 0,009$]. -Los científicos vieron que existía una correlación considerable entre las dos variables, lo que sirvió de base para su descubrimiento basado en sus observaciones.

Se demostró que existía una asociación significativa entre la monitorización fetal y el estado nutricional de las pacientes que participaron en la muestra de la investigación [$\chi^2 = 7,538$; $p = 0,023$].

Los resultados de la investigación dan crédito a la conclusión mencionada. [$\chi^2 = 18,460$, $p = 0,001$], los científicos llegaron a la conclusión de que existía una asociación significativa entre la monitorización fetal y los niveles de hemoglobina en los pacientes que participaron en el ensayo.

RECOMENDACIONES

A los que van a investigar

Realizar investigaciones con el propósito de encontrar los elementos que determinan un nivel aceptable de control durante el embarazo para disminuir el riesgo de diversas dificultades, así como la pérdida de la vida fetal y materna.

Realizar una investigación con la finalidad de encontrar los elementos que determinan un nivel aceptable de control durante el embarazo.

A la atención de la Dirección Regional de Salud de Huánuco

Realizar una inversión en el dictado de charlas y talleres educativos sobre embarazo responsable en consultorios y otros establecimientos de salud ubicados en toda la zona de Huánuco. Las mujeres en estado de gestación serán el centro de atención de estos próximos cursos.

Asegurar que se realicen evaluaciones continuas del desempeño del personal de salud en la atención de mujeres gestantes y otros grupos vulnerables.

Estos ejercicios de formación tienen como objetivo principal mejorar el nivel de desempeño mostrado por el personal sanitario.

Incentivar la implementación de las normas establecidas por el Ministerio de Salud "Atención a la Embarazada" por parte del personal médico que labora en todos los establecimientos de salud ubicados en la Región Huánuco.

Al Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

Realizar seminarios educativos para mujeres embarazadas, centrados en el tema de cómo tener un embarazo responsable, con el objetivo de prevenir futuras muertes de fetos y madres.

Es imperativo que el personal médico empleado por el establecimiento reciba capacitación sobre la importancia de los exámenes prenatales, no sólo para las futuras madres sino también para sus hijos por nacer.

Implementar medidas de intervención para aumentar la atención a las mamás embarazadas, fomentando la atención desde una perspectiva intercultural, lo que redundará en una mayor concienciación sobre el embarazo y el control oportuno del mismo.

A los profesionales de Obstetricia

Mejore sus habilidades comunicativas para poder instruir a las embarazadas sobre la importancia de someterse a controles prenatales y hacerlo de forma comprensible para ellas.

Durante la atención prenatal que se preste, es importante informar a la madre y al feto de la importancia de la monitorización fetal.

Las visitas domiciliarias, los eventos educativos y el asesoramiento dietético son algunos de los métodos que pueden utilizarse para controlar y hacer un seguimiento de las mujeres embarazadas en situación de riesgo. Estos métodos pretenden concienciar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de la monitorización durante el embarazo.

Añadir el factor cultural en las sesiones de asesoramiento, ya que el tema es de considerable importancia y tiene un impacto significativo en los conocimientos maternos.

A las gestantes

Acudir puntualmente a todas sus citas prenatales para recibir el paquete completo de cuidados prenatales y, de este modo, evitar las posibles dificultades que puedan surgir a lo largo del embarazo.

Participar en talleres de psicoprofilaxis y educación diseñados específicamente para embarazadas con el fin de prepararse para el parto y tener un niño sano y robusto, dado que la protección se da desde el momento de la concepción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León P, Armando E, Ysidron A, Eglis Y. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer en el Hospital Materno de referencia nacional de Asmara- Eritrea, Cuba. Rev. Cub. Obstet. Ginecol. 2010; 36(1): 25-35.
2. Laffita A. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el Hospital América Arias de la Habana, Cuba. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2005; 70(6):359-363.
3. Rodríguez A, Balesten J, Pagarizabal E. Factores maternos que influyen en la depresión neonatal. Rev. Cub. Obstet. Ginecol. 2002; 29(1):1-7.
4. S, Iliodromiti, MD, Mackay et al. Puntaje de Apgar y el riesgo de mortalidad infantil específica por causa: un estudio de cohortes basado en la población de. 2014. The Lancet. Volumen 384, N ° 9956, p1749-1755.
5. M, Zahle-Oestergaard et al. Niveles de mortalidad neonatal para 193 países en 2009 con tendencias desde 1990: un análisis sistemático del progreso, las proyecciones y las prioridades. 2011. medicina Plos. Recurso virtual disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001080>
6. JA, Vargas-Machuca y et al. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013. 188 p. Puntuación de Apgar. Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics. 2015 (Ed esp.). vol. 136, n° 4.
7. Sueli M. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev. Cub. Enfermer.2013; 29(3):150-158.
8. S, Iliodromiti, MD, Mackay et al. Puntaje de Apgar y el riesgo de mortalidad infantil específica por causa: un estudio de cohortes basado en la población de. 2014. The Lancet. Volumen 384, N ° 9956, p1749-1755

9. Laffita A. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el Hospital américa arias. Rev. Obst. 2010; 70(6):12-19.
10. Pérez J. Anoxia del recién nacido; tratado de Pediatría. T N° 1 editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 141-49. 85
11. León A, Ysidrón E. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. Rev. Obstet Ginecol. 2011; 25 (3):123.
12. Laffita A. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el Hospital américa arias. Rev. Obst. 2010; 70(6):12-19.
13. Paucar D y Borrero A. "Correlación entre el compromiso de bienestar fetal por cardiotocografía que culmina en cesárea y la respuesta neonatal mediante la valoración Apgar" [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Nacional de Cuenca
14. Maroto P. "Relación entre los registros cardiotocográficos, el Test de Apgar y el pH de arteria umbilical. Estudio multicéntrico" [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Nacional de Cuenca
15. Chango M y Velos.M. "Valor predictivo del monitoreo fetal anteparto para determinar complicaciones del neonato al nacimiento en mujeres embarazadas entre 18-35 años en la Unidad Metropolitana de salud Sur de Marzo [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Cuenca
16. Chavez P. "Monitoreo fetal electrónico intraparto patológico y su relación con el apgar neonatal en pacientes atendidas en centro obstétrico realizado en el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán. Guatemala, en el año 2014 [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Privada de Guatemala
17. Clemente R y Espinoza M. "Hallazgos cardiotocográficos en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia - Huancavelica 2016" [Para optar al grado de Doctor en Obstetricia]. Universidad Nacional de Huancavelica.

18. Garcia M Relación entre el test estresante y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora año 2015” [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Nacional Mayor de San Marcos
19. Coaquira J “Hallazgos cardiotocográficos de gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki Satipo - Junín 2015” [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Nacional de Junin
20. Bustinza M “Resultados del Test Estresante en relación al Score de Apgar en gestaciones de 41 semanas a más atendidas en la Unidad de embarazo patológico realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima, Perú en el año 2014-2015” [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Nacional San Marcos
21. Bustinza M “Análisis de los resultados del test estresante en gestantes con y sin preeclampsia realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú en el año 2014” [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Nacional San Marcos
22. Cotrina L “Relacion entre el monitoreo fetal electrónico y el bienestar del recién nacido del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015” [tesis para optar el título profesional de Obstetra].Universidad Nacional Hermilio Valdizan.
23. Vargas L. – Factores relacionados con APGAR Bajo al nacer en neonatos atendidos Centro de salud Carlos Showing Ferrari, 2008” 2010. [Tesis de pregrado]. Huánuco, Universidad de Huanuco; 2011.
24. Garza A, González G. Virginia Apgar: una anesthesióloga fuera de serie. Revista Anestesia en México.2004; 16(1):32-39.
25. Garza A, González G. Op Cit, p. 35. 24.- Palacios L. Virginia Apgar y la música de cuerdas. Rev. Cien. Salud. 2011; 9(1): 99-102.

26. Ruiz Yolma. Polisomnografía neonatal en recién nacidos con asfixia severa al nacer. Rev. Cub. Ped. 2000; 72(2): 81-86.
27. Hübner M, Juárez M. Test de Apgar: después de medio siglo sigue vigente. Rev. Med. Chile.2002; 130(8):925-930.
28. Hübner M, Juárez M. Op Cit, p. 927 28.-. Ibíd. p. 929
29. Melgarejo A y Morales B. Op Cit, p. 7. 30.- Ibíd. p.8
30. Melgarejo A y Morales B. Op Cit, p. 7. 30.-Ibíd. p.9.
31. Choque, F. Factores de riesgos obstetricos en el embarazo de adolescentes. Revista peruana de Ginecología, 24-25.
32. Choque, F. Factores de riesgos obstetricos en el embarazo de adolescentes. Revista peruana de Ginecología, 25-27
<http://www.abcdelbebe.com/embarazo/periodos-del-trabajo-de-parto-131787>
33. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL Jesús Presa.P(1-2)
34. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL Jesús Presa.P(2-3)
35. Medline Plus Desprendimiento prematuro de placenta
36. Chacon, G. Criterios de Identificación del embarazo de Alto Riesgo. Universidad de Los Andes, 22-43.
37. Laffita A. Op Cit, p. 361.
38. Herrera, J. (2012). Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia médica, 33-56.
39. Cárdenas R, Roselló A, Pérez R. Factores de riesgo para el APGAR bajo al nacer en el Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la

Serna” [Tesis para Optar al Título de Licenciado en Enfermería].
Universidad de las tunas: Cuba; 2004.

40. Altamirano, c., & coronel, h. (2013). factores de riesgo y resultante maternoneonatal en gestantes del Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor. Guayaquil.
41. Hipoxia Perinatal: Caracterización de una población desde los factores ginecobstétricos y neonatales asociados Bermúdez P, Velez J, Del Riesgo L, Salamanca A, Monterrey P. presentado en el XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría - ALAPE 2012, noviembre 14-18. Cartagena de Indias, Colombia.
42. Zabala, R. (2005). Infecciones de Vías Urinarias medline plus. Recuperado de <http://medicina.esPOCH.edu.ec/InfyServ/ivu.htm>
43. Ginecol Obstet Mex 2012;80(1):45-48
44. Hirsch, L. (Julio de 2014). kids Hearld. Recuperado el 12 de mayo de 2012, [dekidsHearld: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/apgar_esp.htm](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/apgar_esp.htm).
45. Garza A, González G. Virgina Apgar: una anestesióloga fuera de serie. Revista Anestesia en México.2004; 16(1):32-39.
46. Vargas L. – Factores relacionados con APGAR Bajo al nacer en neonatos atendidos Centro de salud Carlos Showing Ferrari, 2008” 2010. [Tesis de pregrado]. Huánuco, Universidad de Huanuco; 2011.
47. Sueli M. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev. Cub. Enfermer.2013; 29(3):150-158
48. Pérez J. Anoxia del recién nacido; tratado de Pediatría. T N° 1 editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 141-49.
49. Laffita A. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el Hospital américa arias. Rev. Obst. 2010; 70(6):12-19.

50. Sueli M. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev. Cub. Enfermer.2013; 29(3):150-158.
51. S, Iliodromiti, MD, Mackay et al. Puntaje de Apgar y el riesgo de mortalidad infantil específica por causa: un estudio de cohortes basado en la población de. 2014. The Lancet. Volumen 384, N ° 9956, p1749-1755.
52. León A, Ysidrón E. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. Rev. Obstet Ginecol. 2011; 25 (3):123.
53. Bandera N, Goire M, Cardona O. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer del Hospital Materno Provincial Docente "Mariana Grajales Coello". Rev. Cub. Obstet. Ginecol. 2011; 37(3): 320-329.
54. Gonzales, Torres Y Flores. "Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con APGAR bajo recuperado del Hospital Manuel Gonzales", rev. mexicana 2012 p12-14
55. Bandera N, Goire M, Cardona O. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer del Hospital Materno Provincial Docente "Mariana Grajales Coello". Rev. Cub. Obstet. Ginecol. 2011; 37(3): 320-329.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Quiñonez L. Relación del monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2023 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES															
<p>Problema general: ¿Qué relación existe entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Materno Carlos Showing Ferrari, 2019?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el monitoreo fetal y el conteo de Apgar del recién nacido? • ¿Cuál es la relación entre el monitoreo fetal y las características del líquido amniótico del recién nacido? • ¿Cuál es la relación entre el monitoreo fetal y la edad de las pacientes? • ¿Cuál es la relación entre el monitoreo fetal y el estado nutricional de las pacientes? 	<p>Objetivo general: DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE EL MONITOREO FETAL Y EL BIENESTAR DEL RECIÉN NACIDO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO CARLOS SHOWING FERRARI, 2019.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el monitoreo fetal y el conteo de Apgar del recién nacido • Determinar la relación entre el monitoreo fetal y las características del líquido amniótico del recién nacido • Comprobar la relación entre el monitoreo fetal y la edad de las pacientes 	<p>Hipótesis general: Ha: Existe relación entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Materno Carlos Showing Ferrari, 2019.</p> <p>Ho: No existen relación entre el monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Materno Carlos Showing Ferrari, 2019.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha₁: Existe una relación significativa entre el monitoreo fetal y el conteo de Apgar del recién nacido • Ho₁: No existe una relación significativa entre el 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">VI</th> <th style="width: 40%;">DIMENSIONES</th> <th style="width: 50%;">INDICADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Monitoreo fetal</td> <td>Línea base (medida de frecuencia cardiaca)</td> <td><100 o > 180 lpm 100-119 / 161 - 180 lpm 120-160 lpm</td> </tr> <tr> <td>Variabilidad</td> <td>< 5 lpm 5-9 o >25 lpm 10-25 lpm</td> </tr> <tr> <td>Aceleraciones</td> <td>0 1-4 >5</td> </tr> <tr> <td>Desaceleraciones</td> <td>Ausente Desaceleraciones precoz Desaceleración tardía Desaceleración variable Desaceleración prolongada</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Número de desaceleraciones</td> <td>Ausente <50% >50%</td> </tr> </tbody> </table>	VI	DIMENSIONES	INDICADORES	Monitoreo fetal	Línea base (medida de frecuencia cardiaca)	<100 o > 180 lpm 100-119 / 161 - 180 lpm 120-160 lpm	Variabilidad	< 5 lpm 5-9 o >25 lpm 10-25 lpm	Aceleraciones	0 1-4 >5	Desaceleraciones	Ausente Desaceleraciones precoz Desaceleración tardía Desaceleración variable Desaceleración prolongada		Número de desaceleraciones	Ausente <50% >50%
VI	DIMENSIONES	INDICADORES																
Monitoreo fetal	Línea base (medida de frecuencia cardiaca)	<100 o > 180 lpm 100-119 / 161 - 180 lpm 120-160 lpm																
	Variabilidad	< 5 lpm 5-9 o >25 lpm 10-25 lpm																
	Aceleraciones	0 1-4 >5																
	Desaceleraciones	Ausente Desaceleraciones precoz Desaceleración tardía Desaceleración variable Desaceleración prolongada																
	Número de desaceleraciones	Ausente <50% >50%																

- Establecer la relación entre el monitoreo fetal y el estado nutricional de las pacientes.

monitoreo fetal y el conteo de Apgar del recién nacido.

Ha2: Existe una relación significativa entre el monitoreo fetal y las características del líquido amniótico del recién nacido.

Ho2: No existe relación significativa entre el monitoreo fetal y las características del líquido amniótico del recién nacido.

- **Ha3:** Existe una relación entre el monitoreo fetal y la edad de las pacientes

Ho3: No existe una relación entre el monitoreo fetal y la edad de las pacientes.

Ha4: Existe una relación entre el monitoreo fetal y el estado nutricional de las pacientes.

Ho4: No existe una relación entre el monitoreo fetal y el estado nutricional de las pacientes.

	Actividad fetal	0 1-4 >5
VD	DIMENSIONES	INDICADORES
Apgar Neonatal	Apgar al minuto	Puntaje
	Apgar a los cinco minutos	Puntaje
Características del liquido amniotico	Liquido amniotico	Claro
		Meconial
Edad materna	Edad gestante	15-19 años
	Edad promedio	20-34 años
	Edad añosa	35-45 años
Estado nutricional	Condicion física materna	Ganancia de peso
		Anemia

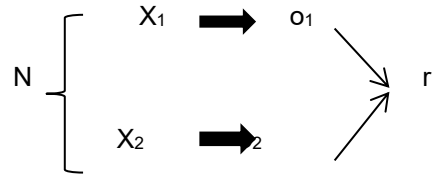
DISEÑO

Tipo de estudio:

Esto se debe a que no habrá intervención por parte de los investigadores; sólo se intentará analizar la cuestión según la ocurrencia natural de los hechos. En otras palabras, será un estudio de tipo observacional.

Dado que los datos se recogerán en el mismo momento en que se produzcan los hechos, la investigación que se lleve a cabo será prospectiva, tal y como se planificó.

Diseño de estudio:



Dónde:

N= Madres

X₁= Monitoreo fetal

X₂= Preeclampsia

X₃: Apgar

O₁= Observación 1

O₂= Observación 2

r= Relación

POBLACION Y MUESTRA

Población:

Según la información recabada en el servicio, la población estará compuesta en su totalidad por futuras mamás, lo que supone un total de noventa embarazadas.

Tamaño de la muestra.

Llevaremos a cabo nuestra investigación en toda la población, que consta de cuarenta mujeres embarazadas; sin embargo, debido al bajo número de participantes, no se realizará ningún análisis estadístico.

TÉCNICAS

Para la recolección de datos:

Esta información se recogerá a partir del formulario electrónico de seguimiento de monitorización fetal del servicio de Medicina Fetal. Las distintas partes de la ficha estarán constituidas por los siguientes subapartados:

- El primer tema a tratar son las características generales y obstétricas de la señora que está embarazada.
- El segundo punto: el seguimiento del feto.
- El tercer punto se refiere a los resultados de la salud del bebé.

Análisis de datos

Análisis descriptivo. De acuerdo con los requisitos de la investigación, se realizará un análisis descriptivo.

Análisis inferencial. Se verificarán los resultados con una prueba hipotética.

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código:

El tema de este proyecto de investigación es "Relación del monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019."

Equipo de Investigadores (incluyendo nombres, cargos desempeñados en el proyecto, instituciones y teléfonos).

Lisset Quionez es estudiante de la Universidad de Huánuco. Su número de celular es 972984983.

Objetivos generales e introducción

La importancia de monitoreo y el estado del feto.

Participación

Participarán los pacientes atendidos.

Los procedimientos incluirán la administración de una encuesta sociodemográfica, así como un formulario de análisis documental. La recogida de datos no llevará más de unos quince o veinte minutos como máximo.

- Posibles peligros y molestias

Si decide no aceptar la oferta, su vida no se verá afectada negativamente en modo alguno como consecuencia de su decisión. Durante el estudio no tendrá que asumir ningún coste.

Si participa en la investigación, obtendrá información actual y oportuna sobre el tema en cuestión, lo cual es una de las ventajas de hacerlo.

- Alternativas Participar en el proyecto de investigación es totalmente opcional.

Usted es libre de retirarse de la investigación en cualquier momento o de

decidir no participar en ella. Su decisión de abandonar la investigación no supondrá ningún tipo de penalización económica ni una reducción de las recompensas que le corresponden por derecho.

Le mantendremos informado de cualquier nueva información que pueda repercutir en su bienestar, su salud o su deseo de seguir participando en la investigación.

- Compensación

Usted no recibirá ningún tipo de compensación por su participación en este estudio, ni por parte del investigador ni por parte de ninguna de las instituciones participantes. Durante la duración de la investigación, usted tiene la posibilidad de solicitar al investigador a cargo de la investigación información actualizada sobre el estudio.

- Mantenimiento de la privacidad de toda la información

Los datos recogidos en el transcurso de esta investigación se mantienen en estricto secreto y su único propósito es contribuir a la consecución de los objetivos presentados anteriormente. No se publicará ningún nombre, y punto. Por ello, podemos garantizar el secreto absoluto.

- Problemas o preguntas

Contacta con el móvil. 972984983

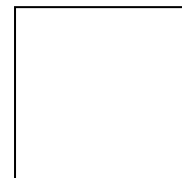
- Consentimiento / Participación voluntaria

Doy mi consentimiento para participar en la investigación: Se me ha leído la información que se me ha presentado o la he leído yo mismo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas al respecto y las respuestas que he recibido me han resultado satisfactorias. Soy consciente de que si cambio de opinión sobre mi participación en este estudio en cualquier momento de la entrevista,

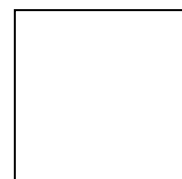
ello no tendrá ninguna repercusión en los resultados del estudio. No obstante, acepto de buen grado participar en esta investigación.

Nombres y firmas del participante y responsable de la investigación

Firma de la participante:.....



Firma de la investigadora:.....



Huánuco..... de..... del 2019

Código:

Fecha: ----/----/---

ANEXO 3

GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. "Relación del monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019". "Relación del monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido"

INSTRUCCIONES. Por favor, responda de forma adecuada dadas las variables sociodemográficas y económicas que ha proporcionado. Gracias. Para facilitarle la tarea, le rogamos que indique con una cruz (x) entre paréntesis las respuestas que considere pertinentes.

Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial, sin embargo, le pedimos que sea lo más honesto posible en sus respuestas.

Gracias por su colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

1. ¿Cuántos años tiene usted?

2. Zona de procedencia

De Huánuco ()

Fuera de Huánuco ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero ()

Casado ()

Viudo ()

Divorciado ()

Conviviente ()

4. ¿Cuál es su grado de Escolaridad

Sin ningún grado de escolaridad ()

Primaria completa ()

Secundaria completa ()

Superior Técnico ()

Superior universitario ()

5. ¿Cuál es su ocupación?

Ama de casa ()

Comerciante ()

Otro ()

Código:

Fecha: /.../...

ANEXO 4

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTAL DE MONITOREO FETAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Relación del monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019". "Relación del monitoreo fetal y el bienestar del recién nacido".

VARIABLE DE ESTUDIO	INDICADORES	VALORES HALLADOS
Monitoreo fetal electrónico	Puntuación 8-10	
	Puntuación 5-7	
	Puntuación menor de 4	
Apgar	Puntaje menor o igual de 3	
	Puntaje de 4-6	
	Puntaje 7-10	
Características del líquido amniótico	Claro/transparente	
	Meconial	
Edad de la madre gestante	15 a 19 años	
	20 a 34 años	
	35 a 47 años	
Estado nutricional de la madre gestante	IMC <18.5	
	IMC entre 18.5 a 24.9	
	HB: 9 a 11gr/ dl	
	HB: 7 a 8 gr/dl	
	HB: <7	