

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA



TESIS

“Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2020”

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

AUTORA: Zelaya Huanca, Rocío Amparo

ASESORA: Sinche Alejandro, Marisol

HUÁNUCO – PERÚ

2023

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): 10620344

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22489669

Grado/Título: Magister en gestión pública

Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Ballarte Baylon, Natalia	Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324
3	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553

H



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las horas del día 25 del mes de Octubre 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 : Dra. Silvia Lina BACILIO CRUZ
Secretaría : Mg. Natalia BALLARTE BAYLON
Vocal : Mg. Mariella QUIROZ TUCTO

Nombrados mediante Resolución Nº 2517-2023-D-FCS-UDH de fecha 23 de octubre del 2023 para evaluar la Tesis intitulada: "**VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE LA DISTOCIA FUNICULAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI 2020**", presentado por doña **Rocío Amparo ZELAYA HUANCA**, 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) aprobado Por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de bueno.

Siendo las 17:00 horas del día 24 del mes de octubre del año 2023, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

Dra. Silvia Lina BACILIO CRUZ

DNI: 22515292

Código ORCID: 0000-0001-9904-5337

PRESIDENTE

Mg. Natalia BALLARTE BAYLON

DNI: 22486754

Código ORCID: 0000-0002-0795-9324

SECRETARIA

Mg. Mariella QUIROZ TUCTO

DNI: 41168800

Código ORCID: 0000-0002-4216-1553

VOCAL



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

Yo, Marisol Sinche Alejandro asesora de Segunda Especialidad: Monitoreo Fetal y Ecografía obstétrica, designada mediante documento:

RESOLUCION N°766-2010-D-FCS-UDH de la estudiante ZELAYA HUANCA, ROCIO AMPARO de la investigación titulada: “VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE LA DISTOCIA FUNICULAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI - 2020.”

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 15% 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, 27 de noviembre del año 2023

Sinche Alejandro Marisol
(DNI): 22489669
Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

"VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE LA DISTOCIA FUNICULAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI 2020"

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	15%	1%	8%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	14%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%
3	distancia.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1%
4	1library.co Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Universidad de Huanuco Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1%



Sinche Alejandro Marisol
(DNI): 22489669
Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

DEDICATORIA

A mis padres por concederme el don de la vida, a mis hijas por ser el motor de mi existencia y mi deseo de superación, a mis hermanas por apoyarme incondicionalmente en todo momento.

AGRADECIMIENTO

A la escuela de Obstetricia por la oportunidad de poder seguir creciendo y avanzando con la especialidad.

A toda mi familia por el amor que me brinda.

A las docentes por transmitirme todos sus conocimientos y ayudarme a investigar más sobre las últimas actualizaciones de la carrera

A mi Dios por mantenerme con salud y vida en estos tiempos tan difíciles que atravesamos.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPÍTULO I.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	14
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	14
1.3. OBJETIVOS.....	15
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	16
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA.....	16
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	18
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	20
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	23
2.2. BASES TEÓRICAS	24
2.2.1. MODELO DEL CUIDADO HUMANIZADO JEAN WATSON	24
2.3. BASES CONCEPTUALES.....	25

2.3.1. MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO	25
2.3.2. DISTOCIA FUNICULAR.....	29
2.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES	31
2.5. HIPÓTESIS.....	32
2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL	32
2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	32
2.6. VARIABLES.....	34
2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	34
2.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE	34
2.6.3. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	34
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	34
CAPITULO III.....	36
METODOLOGIA	36
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	36
3.1.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
3.1.3. DISEÑO DE ESTUDIO.....	37
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	37
3.2.1. POBLACIÓN	37
3.2.2. MUESTRA.....	38
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.3.1. MÉTODOS	39
3.4. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.4.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	40
3.5. ASPECTO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN	41
CAPITULO IV.....	42
RESULTADOS.....	42
4.1. DESCRIPTIVOS	42
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES	55
CAPITULO V.....	57
DISCUSION DE LAS RESULTADOS	57

5.1. PRESENTACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	57
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad en años de las pacientes	42
Tabla 2. Zona de procedencia de las pacientes.....	43
Tabla 3. Edad gestacional de las pacientes.....	44
Tabla 4. Paridad de las pacientes.....	45
Tabla 5. Monitoreo fetal intraparto línea base.....	46
Tabla 6. Monitoreo fetal intraparto variabilidad	47
Tabla 7. Monitoreo fetal intraparto aceleración	48
Tabla 8. Monitoreo fetal intraparto desaceleraciones	49
Tabla 9. Monitoreo fetal intraparto movimientos fetales.....	50
Tabla 10. Conclusiones del Monitoreo fetal intraparto	51
Tabla 11. Tipo de cordón umbilical	52
Tabla 12. Características del cordón umbilical.....	53
Tabla 13. Distocia funicular.....	54
Tabla 14. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la relación entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.....	55
Tabla 15. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019.....	55
Tabla 16. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019.....	55
Tabla 17. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre el valor predictivo de las desaceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019.....	56
Tabla 18. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre el valor predictivo movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal	

intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno
Infantil Carlos Showing Ferrari 2019..... 56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Clasificación de la cardiotocografía (Clasificación NICHID)	27
Gráfico 2. Edad en años de las pacientes	42
Gráfico 3. Zona de procedencia de las pacientes	43
Gráfico 4. Edad gestacional de las pacientes	44
Gráfico 5. Paridad de las pacientes	45
Gráfico 6. Monitoreo fetal intraparto línea Base	46
Gráfico 7. Monitoreo fetal intraparto variabilidad	47
Gráfico 8. Monitoreo fetal intraparto aceleración	48
Gráfico 9. Monitoreo fetal intraparto desaceleraciones	49
Gráfico 10. Monitoreo fetal intraparto movimientos fetales	50
Gráfico 11. Conclusiones del Monitoreo fetal intraparto	51
Gráfico 12. Tipo de Cordón umbilical	52
Gráfico 13. Características del cordón umbilical	53
Gráfico 14. Distocia Funicular	54

RESUMEN

Objetivo: El estudio se centra en identificar la relación de forma precisa entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en los diagnósticos de la distocia funicular en los casos vistos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2020

Métodos y técnicas: La investigación es de tipo descriptiva, transversal, retrospectiva la recolección de dato se dio en una sola medición.

Resultados: El 48,3% tuvieron monitoreo fetal según escala de NICH categoría I y el 40,0% categoría III, el 76,7% presentaron cordón umbilical simple, el 68,3% presentaron una característica normal en el Cordón umbilical, el 20% circular de Cordón, 5% anomalías de inserción y el 65,0% presentaron distocia funicular frente a un 35,0% que no presentaron.

Conclusión: El valor predictivo del monitoreo fetal intraparto se relaciona con la distocia funicular con un p valor 12,743 y un nivel de significancia de 0,000.

Palabras claves: Valor, predictivo, Monitoreo electrónico, fetal, distocia funicular

ABSTRACT

Objective: The study focuses on identifying the precise relationship between the predictive value of electronic fetal monitoring in the diagnosis of funicular dystocia in the cases seen at the Carlos Showing Ferrari 2020 Maternal and Child Hospital.

Methods and techniques: The research is descriptive, cross-sectional, retrospective, data collection occurred in a single measurement.

Results: 48.3% had fetal monitoring according to the NICH category I scale and 40.0% category III, 76.7% presented simple umbilical cord, 68.3% presented a normal characteristic in the umbilical cord, the 20% cord circular, 5% insertion anomalies and 65.0% presented funicular dystocia compared to 35.0% who did not.

Conclusion: The predictive value of intrapartum fetal monitoring is related to funicular dystocia with a p value of 12.743 and a significance level of 0.000.

Keywords: Value, predictive, electronic monitoring, fetal, funicular dystocia

INTRODUCCIÓN

El proceso de monitoreo fetal durante el trabajo de parto resulta muy importante ya que a través de él se podrá conocer el estado en el que se encuentra el feto y se podrá evitar posibles complicaciones y detectar múltiples problemas que se pueden presentar. Sabiendo esto, se consigna el interés para desarrollar el estudio presentado de la siguiente manera.

En la brevedad se expresa el esquema, así como también el desarrollo del contenido, el cual ordena de la manera siguiente:

Dentro del capítulo uno se hace como referencia a todas aquellas situaciones problemática, así como los objetivos y la idea por la cual se está realizando el presente estudio.

Para el segundo capítulo se muestran todas las fuentes teóricas y el ámbito doctrinario que enmarcan el estudio, esto conlleva a estudios que preceden el que se presenta así como conceptos y demás.

Para el capítulo tres se está describiendo la metodología y la población sé que emplea en el estudio.

Para el capítulo cuatro, se verán las conclusiones y recomendaciones.

Como última parte de estudio se verán todas las fuentes bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Cuando hablamos de la unidad patológica para medir el sufrimiento fetal agudo, nos referimos a la asfixia de forma progresiva encontrada en el feto siendo este quien puede privar de la respuesta fisiológica y causar daños irreversibles al (SNC), sistema nervioso central, del mismo modo a múltiples órganos y los fetos tienden a morir durante la concepción. ⁽¹⁾.

La monitorización fetal prenatal es una herramienta fundamental para el diagnóstico y evaluación del estado fetal. La tecnología nos permite un muy buen registro de forma continua de la frecuencia cardíaca en el feto y una relación con las contracciones encontradas en el útero, lo que nos permite como obstetras evaluar de forma continua la salud del feto. Basando todo lo anterior en que la monitorización de la conocida frecuencia cardíaca fetal, es el método más preciso de la ingesta de oxígeno fetal en un momento dado. ⁽²⁾

El monitoreo fetal tiene como objetivo monitorear, evaluar, diagnosticar y predecir la condición del feto y su respuesta al medio ambiente para identificar el riesgo de hipoxia de manera temprana. Se usa durante el trabajo de parto con la esperanza de que reduzca significativamente el riesgo de hipoxia alimentaria; porque la práctica en esta etapa es muy útil para reducir los mortinatos y las muertes perinatales a nivel mundial ⁽³⁾

En cuanto a las causas relacionadas con el sufrimiento del feto, existe un informe hecho por el Doctor Smith de la Universidad de Columbia, EE. UU., quien afirma que la discinesia representa más del 40 % de los casos de discinesia y, a su vez, es la causa más común de infertilidad por cesárea. El diagnóstico se puede hacer durante el embarazo ya sea por ecografía Doppler o al nacer cuando el monitoreo fetal revela una imagen DIPS o tipo III alterada. ⁽⁴⁾

Existen anomalías, enfermedades y trastornos en el cordón umbilical, que pueden conducir a la ruptura del cordón, todo esto puede llegar a ser muy grave y hasta amenazar la viabilidad del feto, todo esto debido a que el cordón umbilical se intercambia la placenta y el feto. Midiendo todas estas situaciones y dándole la importancia, se han podido desarrollar muchos métodos de seguimiento que permiten la detección temprana de trastornos fetales relacionados con insuficiencia respiratoria y nutrición intrauterina. ⁽⁵⁾

Los números en Perú respecto a los casos son muy elevados por lo cual; es importante la profunda investigación respecto a las medidas tomadas en torno al seguimiento de la salud predictor del menor o infante para que se pueda ayudar a reducir morbilidad y mortalidad en la madre. ⁽⁶⁾

La investigación presente se está realizando con la finalidad de evaluar el valor predictivo del conocido monitoreo electrónico fetal en los diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, esto con la finalidad de conocer la importancia del valor predictivo del monitoreo electrónico fetal y su importancia del diagnóstico de la distocia funicular.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal Intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es el valor predictivo de la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?
- ¿Cuál es el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?

- ¿Cuál es el valor predictivo de las aceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?
- ¿Cuál es el valor predictivo de las desaceleraciones variables del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?
- ¿Cuál es el valor predictivo de los movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal Intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la línea base del monitoreo electrónico fetal Intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.
- Estimar el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.
- Conocer el valor predictivo de las aceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.
- Conocer el valor predictivo de las desaceleraciones variables del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

- Valorar el valor predictivo de los movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Dentro del presentado estudio se abordó rasgos esenciales y fundamentales para la funcionalidad en la prueba “el monitoreo electrónico fetal intraparto” Teniendo en consideración el aporte y la postura del profesional para la atención a la gestante, hablando de forma más precisa durante el proceso intraparto, pues en ese trance pueden presentarse situaciones que clínicamente son de tipo funicular distocias mismas que que comprometen la integridad y el la salud del feto, como respuesta todo lo actuado termina definiendo la eficiencia de los profesionales del sistema de salud.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Dentro de la práctica, encontramos que el uso correcto del monitoreo fetal electrónico funciona como una gran soporte y brinda el apoyo necesario a la hora de tomar decisiones, pues este nos da la posibilidad de identificar ciertas alteraciones con relación a los latidos cardiacos del feto como también alteraciones en las contracciones uterinas, de manera profesional al percatarse de estas patologías se pueden emplear las acciones que correspondan de lo contrario, se procedería a realizar las referencias oportunas a un establecimiento que proporcione un soporte de mayor complejidad, todo esto para que puedan tener una respuesta positiva acompañada de una manera correcta acorde a los protocolos de salud establecidas.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Los datos identificados dentro de la investigación presentada, aportaran ampliando todos los aspectos cognoscitivos y de práctica, respecto a la casuística institucional abordando el tema de la

predictibilidad en el monitoreo fetal electrónico para el diagnóstico de la distocia funicular, lo que hará una mejor actividad laboral a la hora de prestar servicios respecto al sector salud.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

No se tuvieron limitaciones en cuanto al desarrollo de la tesis.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Respecto a los recursos de disponibilidad en cuanto a lo financiero, todo fue solventado por la investigadora respecto a precios y cantidades; todo acorde a los acuerdos con los rubros establecidos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En el año 2017 en Bolivia, Pardo I y Ramírez M⁷ realizó un estudio teniendo como objetivo la determinación del provecho y la eficiencia, dando énfasis al método de cardiotocografía en diagnósticos de la distocia funicular, este utilizo estudios longitudinales y prospectivos, usando como muestra un total de 178 estudios gestantes En cuanto a resultados encontrados se evidencio que dentro del estudio cardiotocográfico se obtiene no solo un valor predictivo en negativo sino también 95,74% y 91,3% en la sensibilidad respectivamente, dando a conocer en que en el estudio, se conocía el método cardiotocografía intraparto y que este tiene una capacidad mayor de identificación respecto a los fetos que puedan estar comprometidos y aunque maneja un porcentaje menor también lo hace con los fetos sanos.

En el Ecuador, en el 2017, Chávez M⁸ realizó un estudio teniendo como objetivo de evaluar la relación practica entre el monitoreo y la resultante neonatal, el material y método de estudio usado fue del tipo descriptivo y tambien correlacional conformado por un diseño longitudinal y no experimental con un enfoque retrospectivo, la determinada información se obtuvo en base a datos recabados que fueron parte de las reseñas encontradas en historias clínicas de todas las pacientes quienes fueron calificadas para la investigación realizada. Se pudo reconocer y de la misma forma mostrar que en los registros cardiotocográfico intranquilizante no terminarían siendo determinantes para poder validar o afirmar el sufrimiento del feto agudo, de aquí parte la recomendación para que toda aquella interrupción que fuerza hacerse a un embarazo, implica una toma de decisión de suma importancia, debe implicar también más estudios y no uno solo devaluatorio.

En el Ecuador, en el 2016, Valdez E⁹ elaboro un estudio teniendo como objetivo de ver el rol que cumple la monitorización electrónica fetal. En el monitoreo electrónico se puede evidenciar y recabar una muestra con una buena sensibilidad misma que consta de un 84%, la misma muestra también una limitada especificidad de 40 – 50% esto para la predicción de la hipoxia fetal en intraparto, diciéndolo de otra forma, un 7 del registro sugerente que especifica el bienestar fetal, todo esto nos da una bastante “aceptable” y sensación de tranquilidad; aun así, en el 50% de la totalidad de los casos es catalogado como “sospechoso” en el registro o llamado de otro modo es no “tranquilizador”. En esta condición de especificidad baja, se está limitando grandemente a la utilidad clínica con respecto a las pruebas. Ya está demostrado que la monitorización de forma electrónica y su uso mismo, está asociado con una disminución o reducción significativa en las tasas de convulsiones neonatales.

En Guatemala, en el 2016, Chávez L¹⁰, realizó un estudio teniendo como objetivo la evaluación y la medición de eficacia del conocido monitoreo fetal electrónico empleado para diagnosticar ciertas situaciones conocidas como peligrosas que puedan comprometer el feto y su bienestar en el momento de parto y la predicción en el APGAR neonatal, el método empleado es de tipo retrospectivo y a la vez descriptivo transversal. El mismo tuvo como muestra a 25 mujeres en gestación que se encontraban en trabajo de parto. Viendo los resultados se pudo identificar unas desaceleraciones de tipo dos en 61 % también de tipo dos en 29% como también de tipo tres en 10%. La variabilidad fue moderada en 63%. Variabilidad moderada en 19.5% y también en 18% siendo variabilidad mínima. En los 58% se presentó el líquido amniótico de tono claro, mientras que al llegar al 42% se vio el líquido amniótico meconial. En 76% se terminaron en parto normal y con 24% en proceso de cesárea. En el 51% de los recién nacidos se obtuvieron los datos de : APGAR de 8-10; en el 44% de 5 a 7, y el 5% menor a cuatro. Para finalizar se concluyeron en que, la ejecución respecto al monitoreo fetal electrónico en gestantes durante su trabajo de parto ha

podido reducir considerablemente la presencia para los recién nacidos con un APGAR bajo. Una equivocada interpretación en el monitoreo electrónico puede elevar considerablemente la probabilidad de complicaciones para los recién nacidos.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Junín, en el 2017, Reudor J¹¹ realizaron el estudio teniendo como objetivo la evaluación en cuestión al valor en porcentajes en manera predictiva del monitoreo fetal electrónico. Usando el método: El Estudio tiene un método descriptivo, así como también es retrospectivo y de parte transversal, para la muestra usada en el estudio mencionado se usó una conformación de treinta gestantes luego de haber recibido la asistencia con el servicio de monitoreo elect fetal. Al finalizar se llegó a la conclusión de que existe un alto valor predictivo refiriéndose a la sensibilidad vista en un 87%.

Este antecedente dio espacio y guío en la construcción y edificación de dimensiones e instrumentos de la investigación vistos y considerados en el mencionado estudio.

En Lima, en el 2016, Zapata y Surichaqui¹² hicieron el estudio teniendo como objetivo la evaluación según la predicción del valor en el monitoreo fetal electrónico. En la metodología: se realizó con una metodología correlacional y prospectiva siendo no experimental, y longitudinal. Se usó como muestra de 311 (treientos once) pacientes que presentaban distocia funicular; este estudio concluyó con los resultados de; referentes a la valoración del monitoreo predictivo del monitoreo electrónico fetal en los diagnósticos que refieren a la distocia funicular, se realiza por un 60% y en una especificidad máxima de 90%, tomando como lo más adecuado por cuanto nos referimos a el tope de valoración diagnostica en la prueba, pues este encaja dentro de lo establecido como parámetros aprobados, revisados por el nivel de confianza del 0.95 Como resultados: Se precisó que del mismo modo sobre el valor predictivo positivo es de 77% y también respecto al el valor

predictivo negativo siendo de 85% estos se llegan a establecer dentro de los intervalos normales.

Esta investigación como antecedente nos permitió el abordaje metodológico del presente estudio de investigación.

En Lima, en el 2016, Coaquira¹³ se realizó el estudio de investigación teniendo como objetivo el de evidenciar los resultados cardiotocográficos de todas las intervenidas “gestantes” con la hipertensión en el centro de salud Coaquira.

Respecto a los métodos e instrumentos para lo estudiado tenemos: Que el estudio tuvo un enfoque cuantitativo y descriptivo, transversal y retrospectivo. Se usó como muestra a sesenta y siete gestantes del tercer trimestre, estos con trastornos de embarazo hipertensivos y las mismas que se habían hecho un examen cardiotocográfico. Dentro de los resultados: Se obtuvieron que; en un 49.3% de gestantes se ubicaban en una adecuada edad para reproducirse, quienes en su mayoría ellas tenían un nivel de estudios secundario siendo un (53.7%), Quienes venían de zonas urbanas eran un (53.7%), quienes se consignaron como nulíparas (52.2%) y las pacientes que tenían su estado de gestaciones en el punto término eran (73.1%). Viendo más a fondo, el 65.7% de pacientes presentó pre-eclampsia, un 22.4% quienes sufrieron de hipertensión debido al embarazo, respecto al otro 7.5% presento hipertensión crónica y el ultimo 2.9% eclampsia. Según los test de no estresantes en la mayoría se pudo encontrar, (81.5%) presentaron una percibirle reducción de aceleraciones dentro de la prueba, Esto fue seguido de un 50% variabilidad disminuida, también el 77.8% mostro un puntaje en la frecuencia de 8–10, En el resultado reactivo mostrado; de igual forma que en los test estresantes, En los parámetros que fueron evaluados se pudieron encontrar unas disminuciones, Con las aceleraciones en 57.1% también se observó la variabilidad con 57.1% y 86% se tuvo la puntuación de (8–10), Correspondiente al resultado negativo

En Lima, en el 2016, Pineda P¹⁴ realizaron el estudio de investigación teniendo como objetivo el establecer un valor predictivo del (T.S) Test Estresante para los diagnósticos, respecto al cordón umbilical como el circular para los recién nacidos; en las madres usando los parámetros del test estresante por las sospechas clínicas de sufrir distocia funicular, todas las pacientes atendidas dentro del IMPM, Instituto Materno Perinatal. El método aplicado y materiales de estudio se tuvieron como diseño el descriptivo, retrospectivo y corte transversal. Con una muestra de setenta (70) gestantes. Respecto a los resultados se encontraron que la capacidad para identificar la distocia funicular llego hasta un 11% y en la especificidad de un 70%. Tuvo un valor positivo predictivo obtuvo un 19%. En el negativo Predictivo un 56%. No llegaron a detectar desaceleraciones dentro de la frecuencia cardiaca del feto vistas dentro de toda la prueba, también se recalca que no hubo presencia de circular al nacer. Se detalla, haber encontrado un APGAR normal evidenciado de (7-10) dentro del 98% de los nacidos en general, y una moderada depresión de (4- 6) dentro del 1.43%. El 60% había terminado el proceso con un parto normal o vaginal, el otro 40% llego a terminar por cesárea. En las ideas concluyentes se evidencio que respecto al VPPE Valor Predictivo Positivo del test estresante en un 19%, se pudo confirmar la aparición de la distocia funicular en los casos. Dentro del valor negativo Predictivo del test estresante en 55%, pudo confirmar una ausencia respecto a la distocia funicular. En el 98% de los nacidos en el estudio se obtuvo el puntaje APGAR como puntaje de manera ordinaria, visto al instante del nacimiento y cabe recalcar que el 60% de las pacientes terminaron el proceso vía vaginal.

De Lima, en el 2016, Barboza y Sanchez¹⁵ “realizaron un estudio con el objetivo de determinar la presencia de dicha entidad patológica, detectada a través de la cardiotocografía relacionándola con el diagnóstico de distocia funicular. Material y Método: Investigación de tipo descriptivo cuantitativo, transversal y retrospectivo En cuanto a resultados encontraron que 67% presentaron el patrón de Onda Lambda y 34% no presentaron. De los que presentaron onda lambda, el 98%

terminaron en parto vaginal y 2% en cesárea. 94% tuvieron como resultado Activo Reactivo mientras que el 5.8% (6) fue Activo No Reactivo. Finalmente concluyeron que La presencia de la Onda Lambda en distocia funicular fue alta 67%. El 84% de ellas presentó circular de cordón simple y 15% circular doble, 1% triple circular de cordón

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En Huánuco, en el 2018, Pando Z¹⁶ realizó el estudio con el objetivo de Comprobar la eficacia del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en gestantes a término. Hospital Regional de Pucallpa. Se realizó Estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y de nivel descriptivo. En cuanto a resultados Test de Fisher: Reactivo 68.6% y el No reactivo 31.4%. Las distocias funiculares encontradas fueron: Circular simple 67.1%, el cordón umbilical corto 24.3% y el cordón umbilical largo 42.9%. finalmente concluyeron que el monitoreo electrónico fetal es eficaz en el diagnóstico de distocia funicular en gestantes a término atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.

En Huánuco, en el 2017, Fernández I¹⁷ realizó el estudio con el objetivo de Determinar la eficacia del test estresante en el diagnóstico de distocia funicular. Se realizó Estudio prospectivo, observacional. En cuanto a resultados 35% presentó distocia funicular; 15% presentó un resultado no tranquilizador; 10 % presentó bradicardia sospechosa (110-100) y el 2,5% presentó bradicardia patológica (100-90); finalmente del 100% de casos normales (25) un 4% presentó desaceleraciones atípicas; también se observa que del 100% de casos (14) con circular simple de cordón el 35,7 % presenta desaceleraciones atípicas frente a un 28,6% con desaceleraciones típicas y por último se observa que el 100% de casos con circular doble presenta desaceleraciones típicas. Con un valor de $p = 0,00$ y un índice de Kappa de Kohen igual a 0,414.

En Huánuco, en el 2016, Sagastizabal L¹⁸ realizó el estudio con el objetivo de Determinar el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal

en el diagnóstico de distocia funicular, para la validación de prueba diagnóstica. En cuanto La prueba de sensibilidad indicó que el 66% fue la proporción del total de recién nacidos que el test fue capaz de detectar la distocia funicular. La prueba de especificidad indicó que el 76% fue la proporción del total de recién nacidos que el test fue capaz de detectar que no tuvieron distocia funicular. El valor predictivo positivo evidencia que el 77% de recién nacidos con signos sugestivos de distocia funicular de acuerdo al monitoreo fetal fueron positivos al nacimiento con distocia funicular.

En Huánuco, en el 2016, Briceño M¹⁹ realizó el estudio con el objetivo de Determinar el valor predictivo del monitoreo fetal electrónico en diagnóstico de distocia funicular en gestantes a término, Hospital Regional de Pucallpa, año 2016. En cuanto a resultados Según el Test de Fisher, 06 resultaron con prueba No reactivo (21%) y 29 con resultado Reactivo (79%), y cuando finalizó el 33 parto se identificaron 21 con circular de cordón simple y 1 con circular de cordón doble. Finalmente concluyeron Según el valor predictivo positivo, existe una probabilidad del 50% de que se halle una distocia funicular cuando el trazado del monitoreo electrónico fetal sea anormal. Según la especificidad, existe una probabilidad del 83% de que no exista distocia funicular cuando el trazado sea normal.

Este antecedente permitió la conceptualización teórica y metodológica.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. MODELO DEL CUIDADO HUMANIZADO JEAN WATSON

Este modelo fue presentado por Jean Watson²⁰, según su nueva teoría, está dirigido a una persona en deterioro de la salud que necesita la ayuda y cuidado de especialistas para lograr la adaptación, explica su enfoque de los procesos y procedimientos de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) 23 ha impulsado la publicación de una política integral de educación en desarrollo humano para médicos,

dirigida a la protección de los derechos humanos, basada en el lema “La humanidad hacia los derechos humanos” con una persona sana y enferma.

Esta Teoría se relaciona con el tema ya que tener un buen valor predictivo dentro del parto ayuda a un diagnóstico temprano de la distocia funicular pudiendo así evitar complicaciones tanto para él bebe como para su madre.

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO

Según Zavaleta²¹ Es un método para monitorear continuamente la frecuencia cardíaca fetal en relación con el movimiento fetal y las contracciones uterinas.

La monitorización fetal electrónica puede detectar la hipoxia fetal y prevenir la asfixia neonatal, ya que puede causar trastornos neurológicos irreversibles en el feto e incluso la muerte.

Para Sucken²² El correcto mantenimiento de la frecuencia cardíaca fetal depende de dos factores principales: el estado nomoxémico de los centros cerebrales encargados de acelerar el corazón (simpático) y la inhibición circulatoria (parasimpático) ubicada en los hemisferios de la integridad del corazón.

2.3.1.1. PATRÓN A EVALUAR EN EL MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO FCF BASAL

La frecuencia cardíaca está controlada por el sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático). Su normalidad depende de la seguridad de los sistemas sensibles a los cambios en el oxígeno fetal.²³

La frecuencia cardíaca promedio de 10 minutos, excluyendo las variaciones "perceptibles" y los cambios periódicos (aceleración

y desaceleración), se denomina frecuencia cardíaca basal. Su rango normal en el embarazo a término es entre 110 y 160 latidos por minuto (lpm), al final del embarazo se considera el límite inferior de la frecuencia cardíaca basal de 105 latidos por minuto.²⁴

Duración y calidad del registro durante el monitoreo fetal intraparto

El tiempo de registro debe ser de al menos 20 minutos para una correcta interpretación. La frecuencia cardíaca fetal oscila entre 50 y 210 latidos por minuto. La actividad contráctil del útero se presenta en una escala de 0 a 100 mmHg.²⁵

2.3.1.2. FRECUENCIA CARDIACA DE LA LÍNEA BASE

Se define como el tiempo registrado entre contracciones durante un período de al menos 10 minutos. Esto es muy importante en caso de que la máquina se ralentice. El nivel comienza a reflejar lo que llamamos el equilibrio del sistema autónomo. Una frecuencia cardíaca basal fetal normal a término es de 110 a 160 latidos por minuto (lpm). La taquicardia se define como superior a 160 y la bradicardia inferior a 110 latidos por minuto.²⁵

2.3.1.3. VARIABILIDAD

La volatilidad normal al parto se define como el rango de 6 a 25. El patrón salado es una volatilidad incrementada superior a 25; y patrón silencioso menos de 6 ²⁶

Aceleraciones: La aceleración se define como un aumento de la frecuencia cardíaca en ciclos de más de 15 latidos que duran más de 15 segundos. La presencia de aceleración es un signo importante de una buena oxidación.²⁷

2.3.1.4. DESACELERACIONES

Las desaceleraciones pueden ser precoces, variables y tardías, relacionándolas a un fenómeno fisiopatológico determinado.

1. Desaceleraciones variables. Una desaceleración variable sencilla se define como menos de 60 latidos que duran menos de 60 segundos, y el feto es capaz de hacer frente a la bradicardia simple durante largos períodos de tiempo.

2. Desaceleraciones variables complicadas: Esto significa que existe un mayor riesgo de hipoxia fetal, un retraso en el cambio que se considera complicado si dura más de 60 segundos.²⁸

NUEVA CLASIFICACION NICHID 2008			
PARAMETROS	CATEGORIA I	CATEGORIA II	CATEGORIA III
LINEA DE BASE	110 a 160 lpm	- bradicardia en ausencia de variabilidad - taquicardia > 160 lpm	- bradicardia: <110 lpm - patrón sinusoidal
VARIABILIDAD	de 6 a 25 lpm	- variabilidad disminuida o saltatoria (>40 min).	indetectable: <5 lpm x más de 40 min
DESACELERACIONES VARIABLES	- DIPs variables ausentes	- DIPs III simples persistentes o complicadas aisladas.	DIPs III severas y repetidas, con variabilidad mínima y/o alza compensatoria.
DESACELERACIONES (TEMPRANAS ó TARDIAS)	-DIPs tempranas presentes o ausentes	- DIPs tardías en < 50% de las C.U. (30) min.	DIPs tardías decurrentes > 50% de las C.U (30) min.
ACELERACIONES	Presentes o ausentes	-Aceleraciones ausentes inducida después de la estimulación del feto.	- Aceleraciones ausentes - registro sinusoidal por más de 10 min. - patrones combinados.
INTERPRETACION	Patrón normal: feto no hipóxico, no acidótico.	Patrón sospecha /indeterminado: requiere mayor evaluación para determinar la condición fetal.	Patrón patológico /anormal: feto probablemente hipóxico.

Gráfico 1. Clasificación de la cardiotocografía (Clasificación NICHID)

2.3.1.5. EFICACIA DEL MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL INTRAPARTO

La eficacia de la monitorización de la frecuencia cardíaca durante el trabajo de parto se evaluó por su capacidad para reducir complicaciones como convulsiones neonatales, parálisis cerebral y muerte fetal, y para reducir la necesidad de intervención obstétrica innecesaria (control de la natalidad, ya sea por instrumento o por cesárea).²⁹

Sensibilidad y especificidad: En pacientes de alto riesgo, la sensibilidad de la tomografía computarizada cardíaca es de aproximadamente el 50% y la especificidad superior al 90%. Un patrón de frecuencia cardíaca preciso predice una puntuación de Apgar normal del 99,7 %, mientras que un patrón de frecuencia cardíaca incorrecto predice una puntuación de Apgar baja de solo el 50 %.³⁰

2.3.1.6. PATRONES DE INTERPRETACIÓN DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO

Estos son otros parámetros y definiciones un tanto diferentes.

➤ Patrón normal

- Frecuencia cardíaca fetal basal: 110 – 160 Lpm.
- Variabilidad moderada: 6 – 25 Lpm.
- Aceleraciones presentes acordes con criterios de reactividad fetal.³¹

➤ Patrón sospechoso/dudoso

- Taquicardia (160 – 170 lpm) o bradicardia (100 – 110 lpm).
- Variabilidad mínima (25 lpm) por más de 40 minutos.
- Desaceleraciones variables aisladas.
- Desaceleraciones tardías en < 50 % contracciones (30 min)³¹

➤ **Patrón patológico**

- Taquicardia > 170 lpm o bradicardia < 100 lpm.
 - Variabilidad indetectable (< 6 lpm) por más de 40 min. 43
 - Desaceleraciones tardías en > 50 % contracciones, especialmente con variabilidad mínima o alza compensatoria.
 - Desaceleraciones variables que presentan una amplitud de 60 lpm desde la línea de base o que llegan a 70 lpm o menos o que tienen una duración de 30 segundos o se recuperan en más de 30 segundos.³¹
- **Categoría I.** Los trazados de FCF de categoría I son normales. Son firmemente predictivos de estado ácido-base fetal normal en el momento de la observación.³²
- **Categoría II.** Los trazados de FCF de categoría II son indeterminados. No son predictivos de estado ácido-base fetal anormal; actualmente aún no hay adecuada evidencia para clasificarlos como categoría I o categoría III.
- **Categoría III.** Los trazados son anormales. Son predictivos de estado ácido base fetal anormal en el momento de la observación. Exigen evaluación rápida. Dependiendo de la situación clínica, los esfuerzos por resolver el patrón anormal de FCF pueden incluir, pero no únicamente, administración de oxígeno a la madre, cambio de posición materna, suspensión de la estimulación y tratamiento de la hipotensión materna.³²

2.3.2. DISTOCIA FUNICULAR

Distocia funicular es causal de más del 40 % de las distocias, y causa frecuente de cesáreas. Su diagnóstico puede ser durante el embarazo, por USG flujo Doppler, o en monitoreo Intraparto al aparecer imágenes en la Monitorización fetal de DIPS variables, o tipo III.³³

Se divide en:

➤ **Anomalías del cordón**

Aumento o disminución de calibre Anomalia en número: A. umbilical única 0.8 % casos Varices en la vena El 30 % de las alteraciones de los vasos del cordón son asociados a otras malformaciones del neonato. Por esto importante revisar el cordón y sus elementos.³⁴

➤ **Anomalías de Longitud**

Normalmente mide aproximadamente 50 centímetros (20 a 120 centímetros).

Longitud mayor (80 – 120 centímetros) Predispone a nudos, circulares de cordón, procidencias.

Longitudes menores (menos de 20 centímetros) Alteraciones de flujo en el parto o impedimento mecánico para el mismo.³⁵

➤ **Anomalías de Inserción**

- Procidencia del cordón
- Diagnóstico difícil
- Evitar los accidentes por tracción
- Cesarea³⁶

➤ **Anomalías de Ubicación**

Circulares de cordón: El cordón se enreda sobre las porciones del feto, por lo general en el cuello, causando complicaciones intrapartos, originando desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal aguda y producir la muerte fetal causada por la movilidad excesiva del feto. ³⁷

- **Circular simple:** Cuando se desprende la cabeza, se rechaza por encima de los hombros.

- **Circular ajustado, doble o triple:** Se secciona el cordón entre las pinzas.
- **Procidencia de cordón:** es cuando el cordón desciende por debajo de la presentación.
- **Prolapso:** cuando está por delante de la presentación con membranas rotas.
- **Procúbito:** cuando está por delante de la presentación, pero con membranas integras.
- **Latero incidencia:** el cordón con membranas integras o rotas se ubica en el lado de la presentación, pero sin revasarlas.³⁸
- **Factores:**
 - Maternas: Multiparidad, encajamiento tardío, pelvis estrecha, acomodación mala, tumores o desviaciones del útero.
 - Fetales: feto pequeño, presentaciones atípicas, procidencia de miembros.
 - Anexiales. Placenta de inserción baja o previa, polihidramnios.
 - Dependencia del obstetra: praxis inadecuada, fórceps, versiones³⁹

2.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES

- a) Monitoreo fetal intraparto** Registro simultáneo de los latidos fetales y de las contracciones uterinas que se realizan durante el parto. Anteriormente solo se usaba si se veía algún riesgo.⁴⁰
- b) Distocia Funicular:** Se considera distocia funicular a toda situación anatómica y/o posicional que conlleva riesgos de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales.⁴¹
- c) Valor predictivo:** existen 2 tipos: positivo donde la probabilidad de tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es positiva y

negativo donde la probabilidad de no tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es negativo.⁴²

- d) **Monitoreo Fetal:** Registro de la frecuencia cardiaca fetal en relación a los movimientos fetales y la dinámica uterina para ser interpretadas a cada una de las características.⁴³
- e) **Detección de distocia funicular:** Identificación de toda situación anatómica y/o posicional que conlleva a riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales que incluye alteraciones del tamaño (corto o largo), circulares (simple, doble o triple en el cuello o cualquier parte fetal)⁴⁴

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

Ha: Si existe relación entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Ho: No existe relación entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- **Ha₁:** Existe relación entre la línea base del monitoreo electrónico fetal Intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.
- **Ho₁:** No relación entre la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.
- **Ha₂:** Existe relación entre el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

- **Ho₂**: No existe relación entre el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari
- **Ha₃**: Si existe relación entre el valor predictivo de las aceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari
- **Ha₃**: No existe relación entre el valor predictivo de las aceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.
- **Ha₄**: Si existe relación entre el valor predictivo de las desaceleraciones variables del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.
- **Ho₄**: No existe relación entre el valor predictivo de las desaceleraciones variables del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari
- **Ha₅**: Si existe relación entre el valor predictivo movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari
- **Ho₅**: No existe relación entre el valor predictivo movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

2.6. VARIABLES

2.6.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

X: Valor predictivo monitoreo fetal intraparto

2.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Y: Distocia funicular

2.6.3. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

➤ **Características demográficas de las usuarias**

- Edad.
- Procedencia.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Valor predictivo monitoreo fetal	Línea base	De razón	Línea de base	Ordinal
	Variabilidad	De razón	• <110 o >180	
	Aceleraciones	Nominal	• 100 a 119 a 161-180	
	Desaceleraciones variables	Nominal	• 120-160	
	Desaceleraciones tempranas/tardías	Nominal	Variabilidad • <5 >3 • 5-9 o > 25 3-6 • 10-25 >6 Aceleraciones • 0 • Periódicos o 1-4 esporádicos • >5 Desaceleraciones variables • Dip I • Dip II • Dip III Ausentes. Actividad fetal • 0 movimientos • 1-4 movimientos. • >5	
Distocia Funicular	Gestante presenta distocia funicular	Categoría	Si presento • Simple • Doble • Triple	Ordinal

Gestante no presento distocia funicular	• Prolapso de cordón No presente
---	---

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN DE LA MADRE

Características demográficas	Edad	Numérico	Edad en años	Razón
	Zona de procedencia	Categorico	Zona urbana Zona rural	Nominal Dicotómica
	Estado civil	Categorico	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Nominal Dicotómica
DATOS OBSTETRICOS	Edad Gestacional	Categorica	37 semanas 38 semanas 39 semanas 40 semanas	Nominal Dicotómica
	Paridad	Categorica	Primípara Multípara	Nominal Dicotómica

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Según el análisis, la intervención y el alcance de los resultados y estudio fue de tipo analítico relacional, se estudió las variables de acuerdo a las características específicas de la población en estudio y a la magnitud del problema, que permitió determinar la relación existente entre las variables consideradas dentro de la presente investigación

De acuerdo a la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo retrospectivo, porque se registró la información del pasado.

Por el número de ocasiones en que se midió la variable; el tipo de estudio fue de tipo transversal porque se estudiaron las variables en un solo momento.

Y por el número de variables del estudio, la presente investigación fue de tipo analítico, puesto que se tienen tres variables en estudio, el cual buscó correlacionarlos

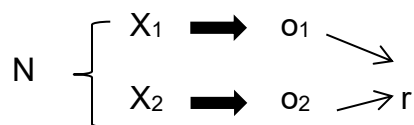
El enfoque de esta investigación, correspondió al cuantitativo, puesto que se fundamentaron en la medición del valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2020 en base a instrumentos previamente existentes y validados.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación, corresponde al nivel explicativo, puesto que su finalidad fue explicar el comportamiento de una variable en función de otra(s); aquí se planteó una relación de causa-efecto, y tiene que cumplir otros criterios de causalidad (Bradford Hill); requiere de control tanto metodológico como estadístico.

3.1.3. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño realizado para la investigación fue epidemiológico analítico, a continuación la muestra del diseño:



Dónde:

N= Gestantes

X₁= Valor predictivo monitoreo electrónico

X₂= Distocia Funicular

O₁= Observación 1

O₂= Observación 2

r= Relación

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

En el estudio la población estuvo constituida por la totalidad de las gestantes con distocia funicular, que según los datos recabados y actualizados estos son un total de 60 gestantes.

➤ **Criterios de inclusión:** Se incluyó en el estudio a las gestantes que:

- Pacientes con monitoreo intraparto
- Tienen distocia funicular.
- Están siendo atendidas en obstetricia.
- Gestantes a término.
- Tienen controles prenatales

- **Criterios de exclusión.** No se consideró a gestantes que:
 - No tienen monitoreo
 - No tienen distocia funicular
 - Gestantes que todavía no han dado a luz.
 - Con partos prematuros
- **Criterios de eliminación**
 - No tienen más del 90% los ítems rellenos de las fichas de análisis documental y ficha sociodemográfica
 - No tenían datos completos de sus historias clínicas.

3.2.1.1. UBICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO

- **Ubicación en el espacio:** El estudio se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2020
- **Ubicación en el tiempo:** Se realizó en el año 2020.

3.2.2. MUESTRA

➤ **Unidad de análisis**

Gestantes que tuvieron distocia funicular.

➤ **Unidad de muestreo**

La unidad seleccionada será igual que la unidad de análisis.

➤ **Marco muestral**

Registro de usuarias de obstetricia.

3.2.2.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trabajó con el 100% de la población que son 60 gestantes con distocia funicular no se aplicara ninguna fórmula.

3.2.2.2. TIPO DE MUESTREO

La selección de la muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico por conveniencia, en total se trabajará con 60, gestantes, en los cuales se consideraron los criterios de inclusión y exclusión de la unidad de análisis

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. MÉTODOS

El método que se usó en el presente estudio fue la encuesta sociodemográfica, 2 fichas de análisis documental en la cual se tomó datos de las historias clínicas correspondientes al monitoreo fetal y a la distocia funicular

La ficha constó de las siguientes secciones:

- Primer ítem: Características generales y obstétricas de la gestante
- Segundo ítem: Monitoreo fetal
- Tercer ítem: Datos relacionados a la distocia funicular.

3.4. VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos fueron sometidos a pruebas de validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos, con el fin de adaptar algunas terminologías que pueden ser poco entendibles para la muestra en estudio. Para lo cual se procedió de la siguiente manera:

3.4.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Autorización: Para obtener los permisos respectivos para la aplicación del trabajo de campo, se realizaron las coordinaciones respectivas con el director del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, a través de la emisión de oficios y/o solicitudes dirigidas a las autoridades anteriormente mencionadas.

Aplicación de instrumentos: Para la recolección se contó con un equipo que se dirigieron al Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari para poder recoger los datos de historias clínicas pasadas ya que el presente es un trabajo retrospectivo.

➤ **Para la presentación de datos**

Para la elaboración de datos de la presente investigación se consideró las siguientes etapas:

Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizará; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Procesamiento de los datos.** Luego de la recolección de datos se procesaron en forma manual, mediante el programa Excel previa elaboración de la tabla de código.
- **Plan de tabulación de datos.** Con la base de los datos que se obtuvieron se buscó responder al problema y objetivos planteados en el presente proyecto de investigación, se tabularon los datos en cuadros de frecuencia y porcentajes.
- **Presentación de datos.** Se presentaron los datos en tablas académicas con sus respectivos gráficos.

3.4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

➤ **Análisis descriptivo**

Se usó el análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando medidas de tendencia central y dispersión para las

variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas.

➤ **Análisis inferencial**

Para demostrar la relación del valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de la distocia funicular del presente estudio, se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables en estudio. En la significancia estadística de las pruebas se considerará el valor $p < 0,05$ y para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

3.5. ASPECTO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN

Se consideraron los principios éticos los cuales se explican a continuación.

- **Beneficencia:** Esta investigación fue de beneficio para las Usuaris, para poder mejorar el nivel de atención a gestantes.
- **No Maleficencia:** Se respetó este principio, porque no se pondrá en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes, ya que la información será de carácter confidencial
- **Justicia:** Se respetó este principio, ya que se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordar al participante en estudio, pudiendo negarse si así este lo consideraran.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. DESCRIPTIVOS

Tabla 1. Edad en años de las pacientes

Edad	n=60	
	F	%
16 a 25 años	24	40,0
26 a 35 años	25	41,7
36 a 43 años	11	18,3
Total	60	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

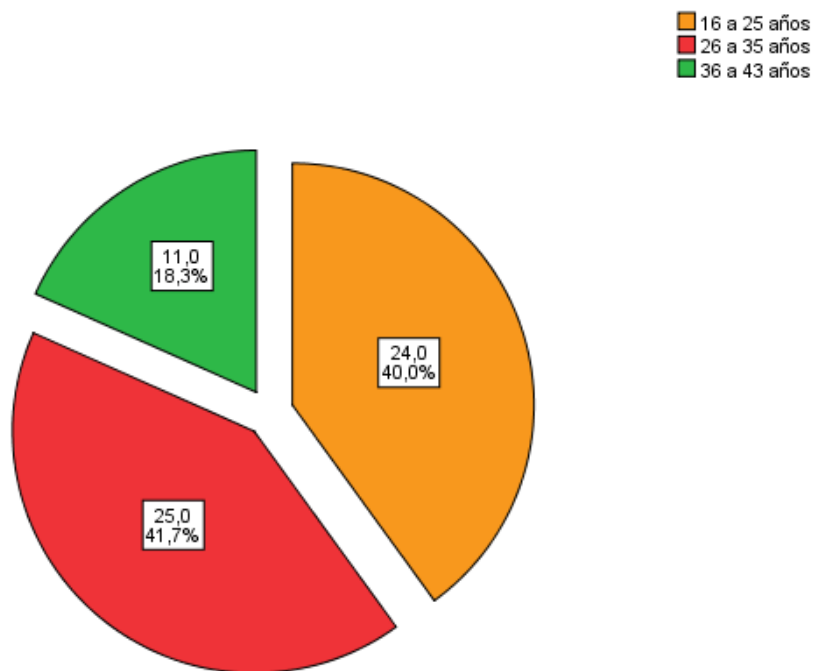


Gráfico 2. Edad en años de las pacientes

Con respecto a la edad se evidencia que el 41,7% (25) tienen la edad de 26 a 35 años, el 40,0% (24) de 16 a 25 años y el 18,3% (11) de 36 a 43 años.

Tabla 2. Zona de procedencia de las pacientes

Zona de procedencia	n=60	
	F	%
Zona urbana	40	66,7
Zona rural	20	33,3
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

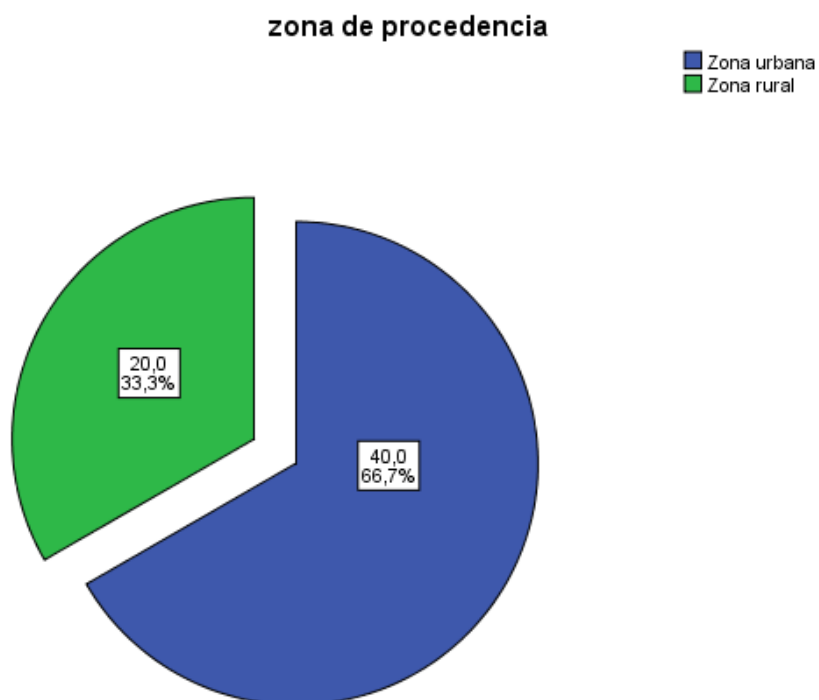


Gráfico 3. Zona de procedencia de las pacientes

Con respecto a la zona de procedencia se evidencia que el 66,7% (40) son de zona urbana y el 33,3% (20) de zona rural.

Tabla 3. Edad gestacional de las pacientes

Edad gestacional	n=60	
	F	%
37 semanas	9	15,0
38 semanas	8	13,3
39 semanas	6	10,0
40 semanas	24	40,0
41 semanas	13	21,7
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

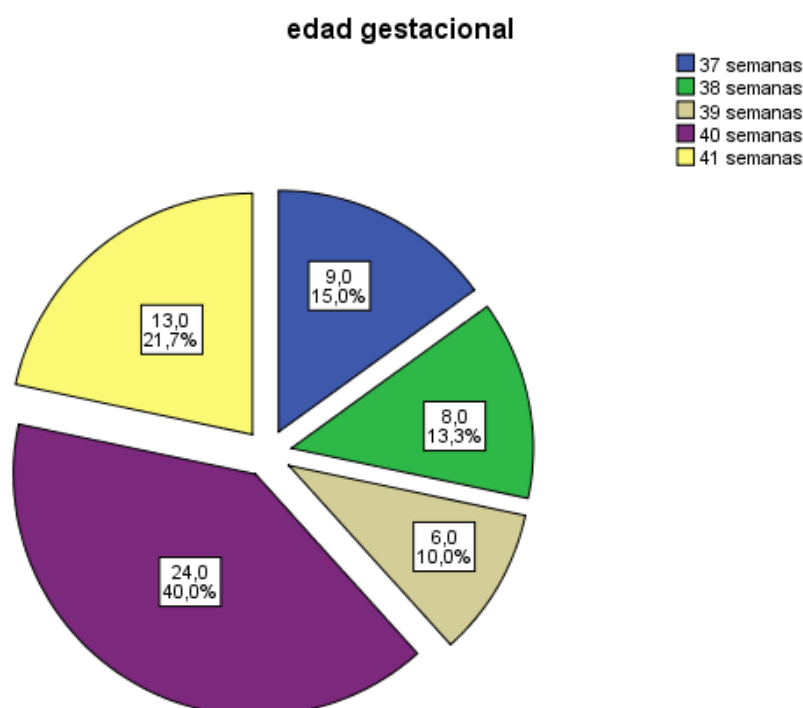


Gráfico 4. Edad gestacional de las pacientes

Con respecto a la edad gestacional se evidencia que el 40,0% (24) tuvieron 40 semanas, el 21,7% (13) 41 semanas y el 15,0% (9) 37 semanas de gestación.

Tabla 4. Paridad de las pacientes

Paridad	n=60	
	F	%
Primípara	21	35,0
Múltipara	39	65,0
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

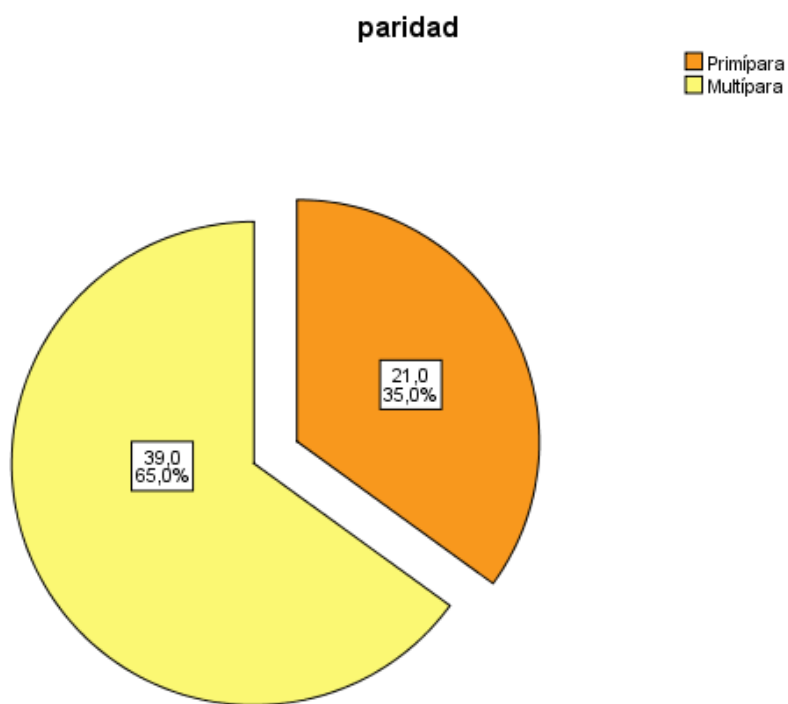


Gráfico 5. Paridad de las pacientes

En relación a la paridad de las pacientes se evidencia que el 65,0% (39) eran múltiparas y el 35,0% (21) primíparas.

Tabla 5. Monitoreo fetal intraparto línea base

	n=60	
Línea base	F	%
<100 o >180	30	50,0
100-119 o 161-180	13	21,7
120-160	17	28,3
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

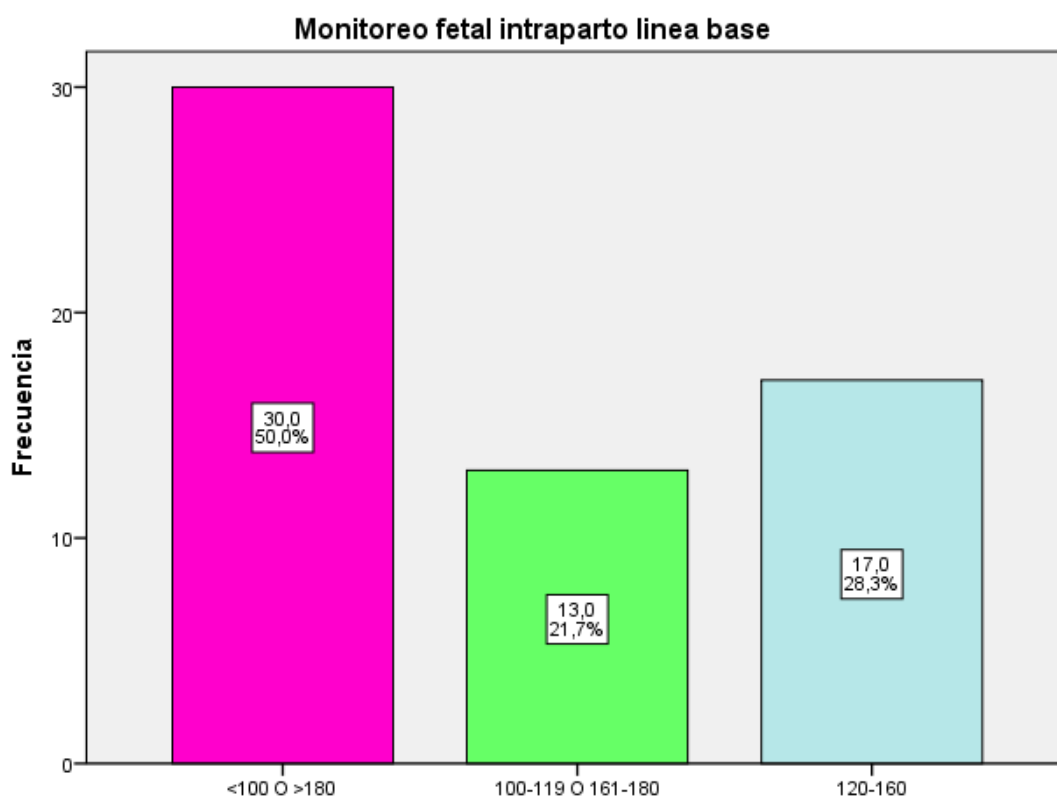


Gráfico 6. Monitoreo fetal intraparto línea Base

En relación monitoreo fetal intraparto línea base de las pacientes durante el monitoreo fetal intraparto podemos observar que el 50,0%(30) presentaron una frecuencia cardiaca en línea basal de <100 o >180, el 28,3%(17) una frecuencia cardiaca de 120-160 y el 21,7%(13) 100-119 o 161-180.

Tabla 6. Monitoreo fetal intraparto variabilidad

	n=60	
Variabilidad	F	%
<5 >3	31	51,7
5-9 o >25	12	20,0
10-25 >6	17	28,3
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

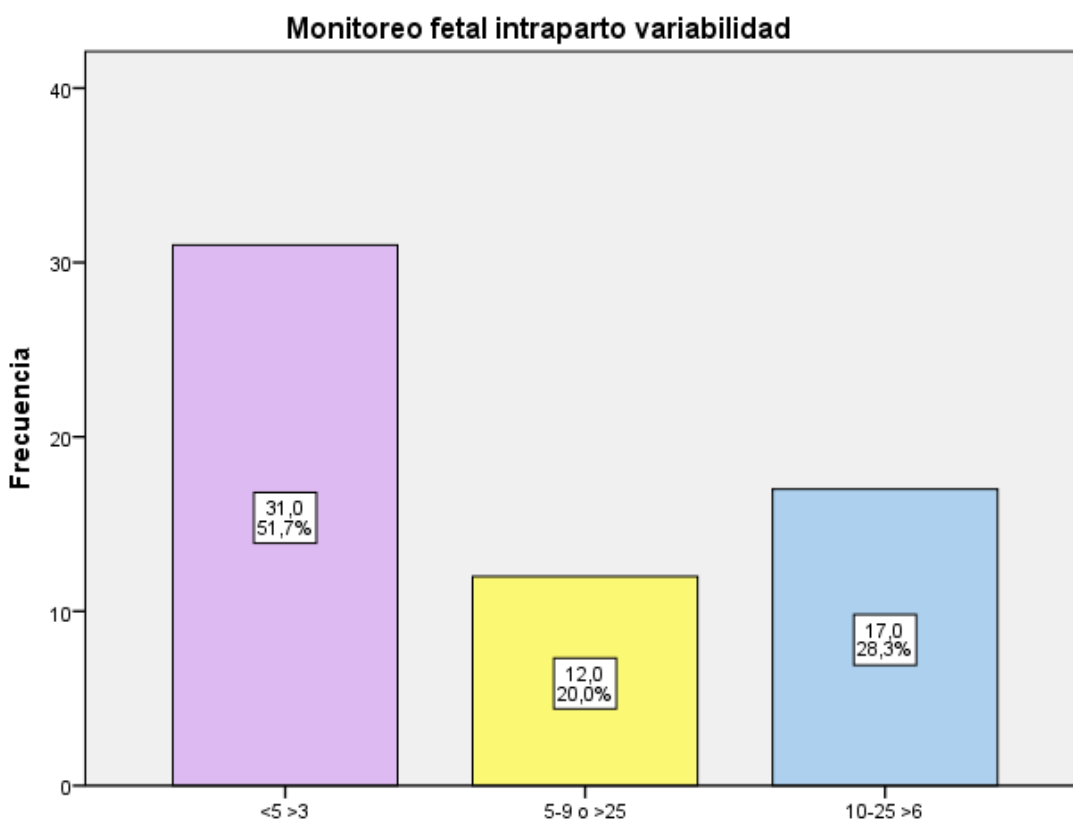


Gráfico 7. Monitoreo fetal intraparto variabilidad

Con respecto al monitoreo fetal variabilidad de las pacientes durante el monitoreo fetal intraparto podemos observar que el 51,7%(31) tuvieron una variabilidad de <5 >3, el 20,0%(12) de 5-9 o >25 y el 28,3%(17) 10-25 >6.

Tabla 7. Monitoreo fetal intraparto aceleración

n=60		
Aceleración	F	%
0	30	50,0
Periódicos o 1-4 esporádicos	9	15,0
>5	21	35,0
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

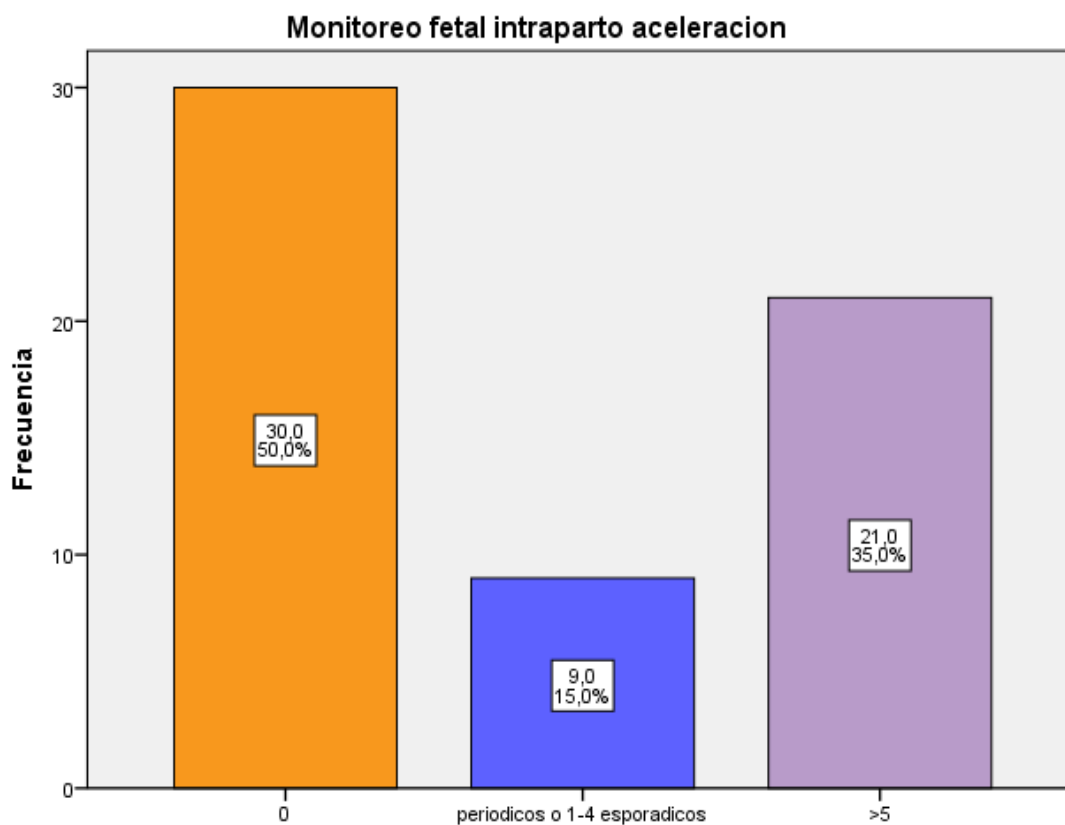


Gráfico 8. Monitoreo fetal intraparto aceleración

En relación al monitoreo fetal aceleración de las pacientes durante el monitoreo fetal intraparto podemos observar que el 50,0% (30) tuvieron un puntaje 0 es decir no presentaron aceleraciones, el 35,0% (21) >5 y el 15,0% (9) periódicos o 1-4 esporádicos.

Tabla 8. Monitoreo fetal intraparto desaceleraciones

	n=60	
Desaceleraciones	F	%
DIP III	21	35,0
DIP II	13	21,7
Ausentes	26	43,3
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

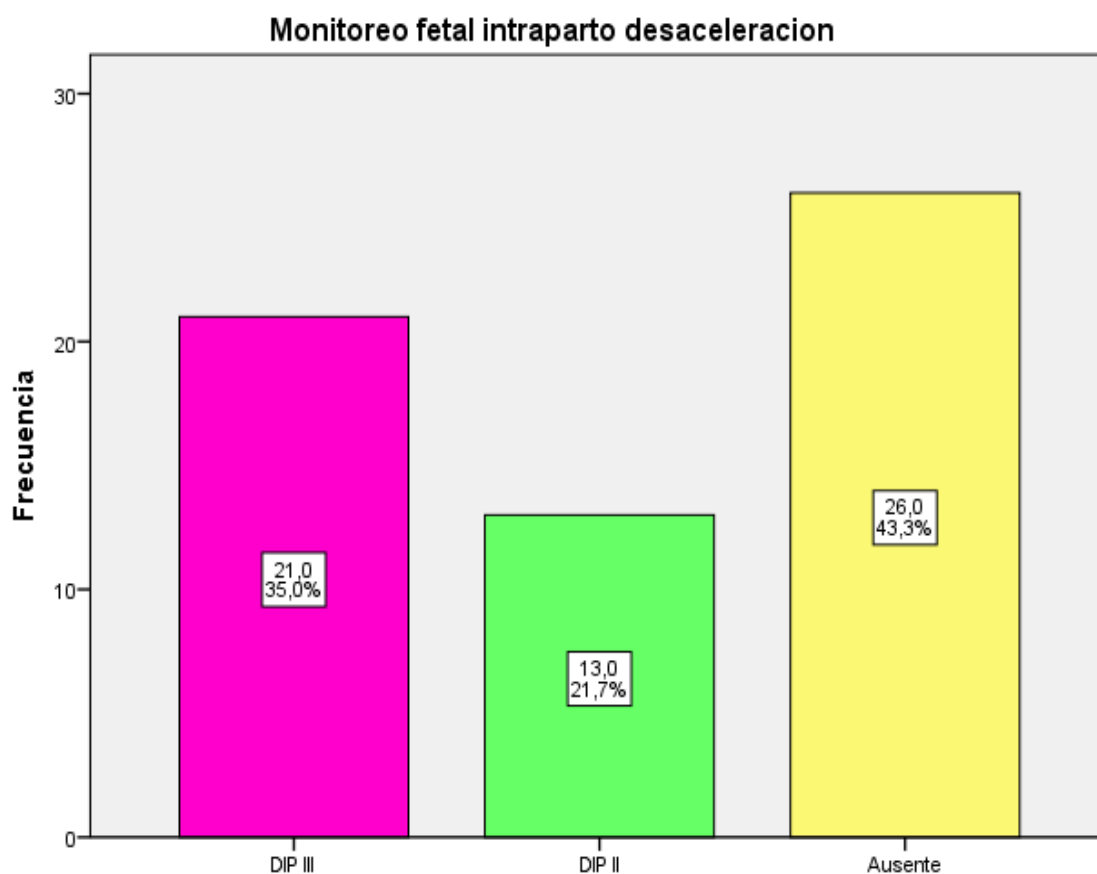


Gráfico 9. Monitoreo fetal intraparto desaceleraciones

En relación al monitoreo fetal intraparto en desaceleraciones podemos observar que el 43,3%(26) fueron ausentes, el 35,0%(21) DIP III y el 21,7%(13) DIP II.

Tabla 9. Monitoreo fetal intraparto movimientos fetales

Movimientos fetales	n=60	
	F	%
0	11	18,3
1 a 4	45	75,0
≥5	4	6,7
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

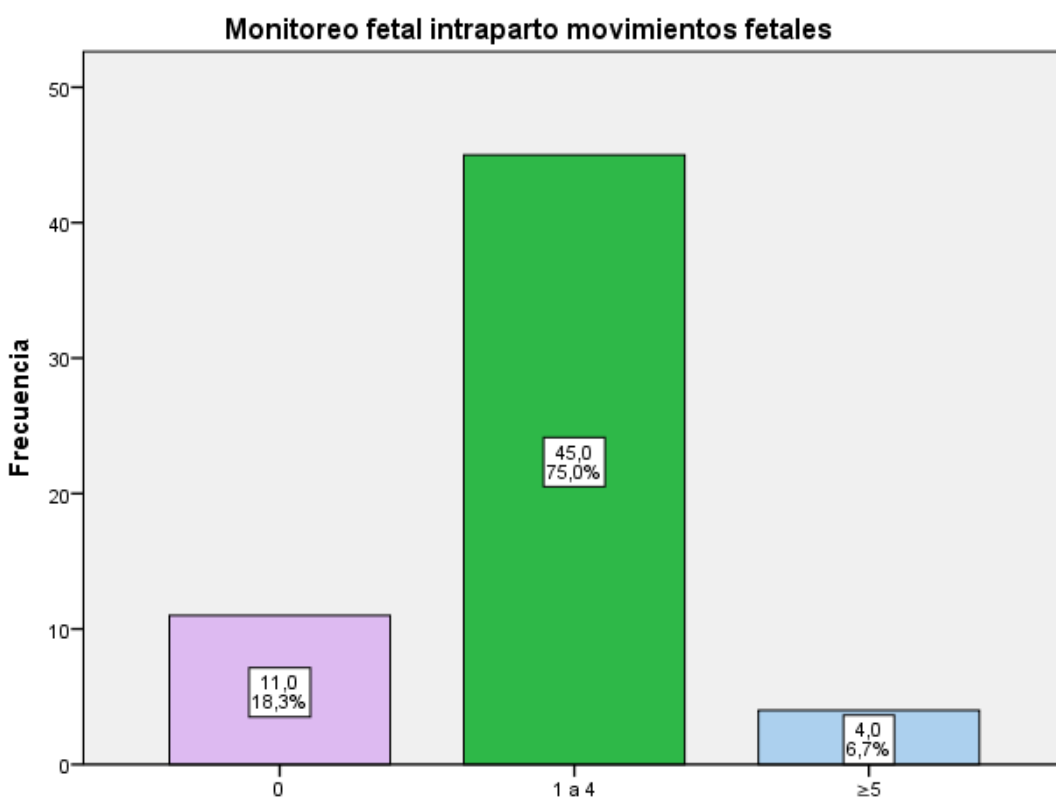


Gráfico 10. Monitoreo fetal intraparto movimientos fetales

En relación al monitoreo fetal intraparto en movimientos fetales podemos observar que el 75,0%(45) presentaron movimientos fetales de 1 a 4, el 18,3%(11) 0 movimientos y el 6,7%(4) ≥5 movimientos

Tabla 10. Conclusiones del Monitoreo fetal intraparto

Monitoreo fetal	n=60	
	F	%
Categoría I	29	48,3
Categoría II	7	11,7
Categoría III	24	40,0
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

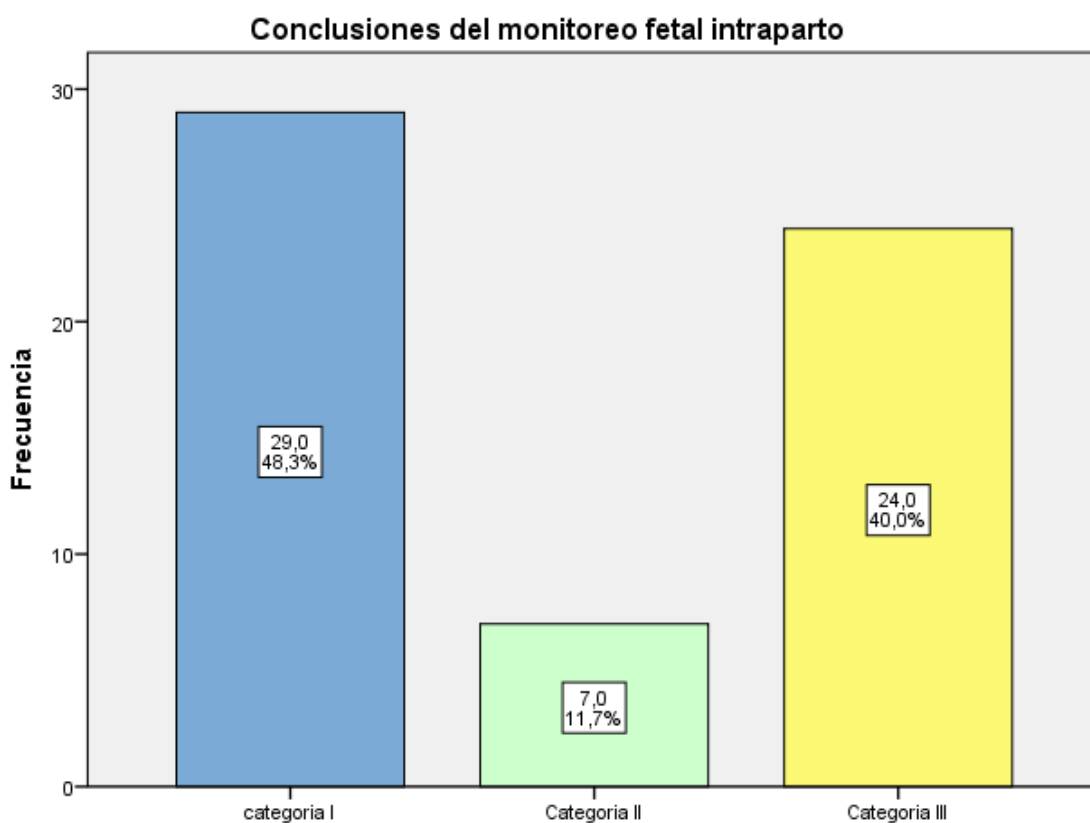


Gráfico 11. Conclusiones del Monitoreo fetal intraparto

En relación a las conclusiones del monitoreo fetal intraparto de las pacientes podemos observar que el 48,3%(29) correspondieron a la categoría I, el 40,0%(24) categoría III y el 11,7% (7) categoría II.

Tabla 11. Tipo de cordón umbilical

n=60		
Cordón umbilical	F	%
Simple	46	76,7
Doble	12	20,0
Triple	2	3,3
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

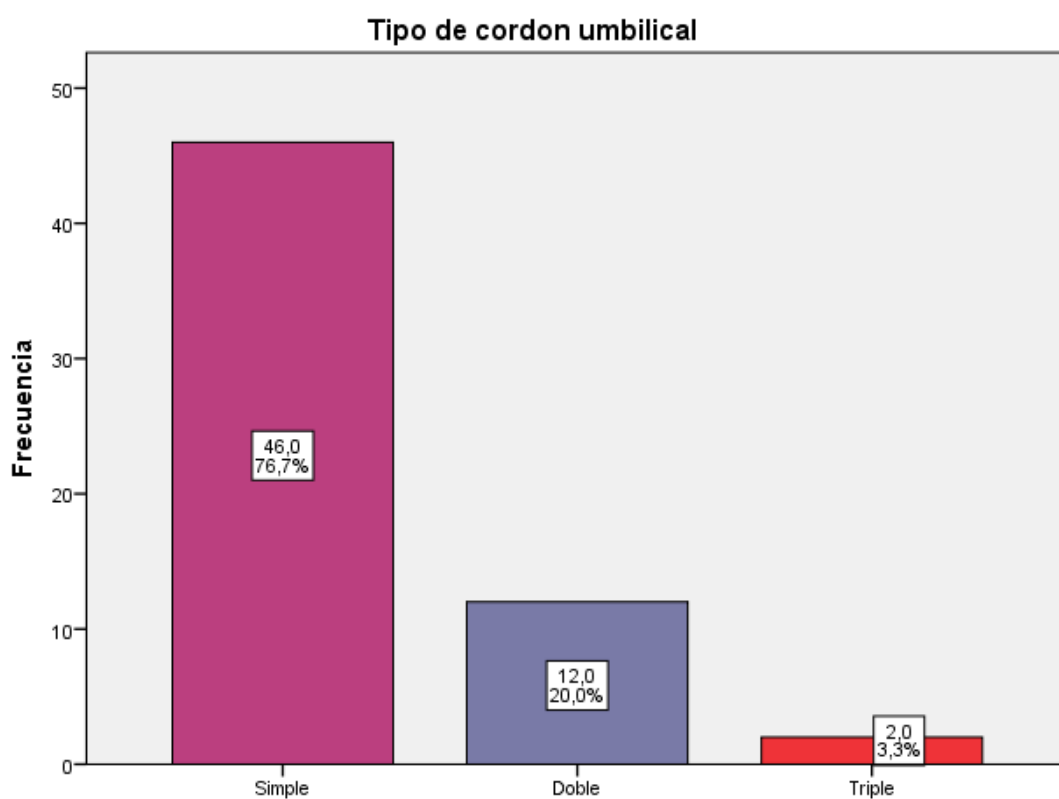


Gráfico 12. Tipo de Cordón umbilical

En relación al tipo de cordón umbilical durante el monitoreo fetal intraparto de las pacientes podemos observar que el 76,7%(46) tuvieron cordón simple, el 20,0%(12) cordón doble y el 3,3%(2) cordón triple.

Tabla 12. Características del cordón umbilical

Características del cordón umbilical	n=60	
	F	%
Normal	41	68,3
Circular de cordón	12	20,0
Longitud del cordón	3	5,0
Prolapso de cordón	1	1,7
Anomalías de inserción	3	5,0
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

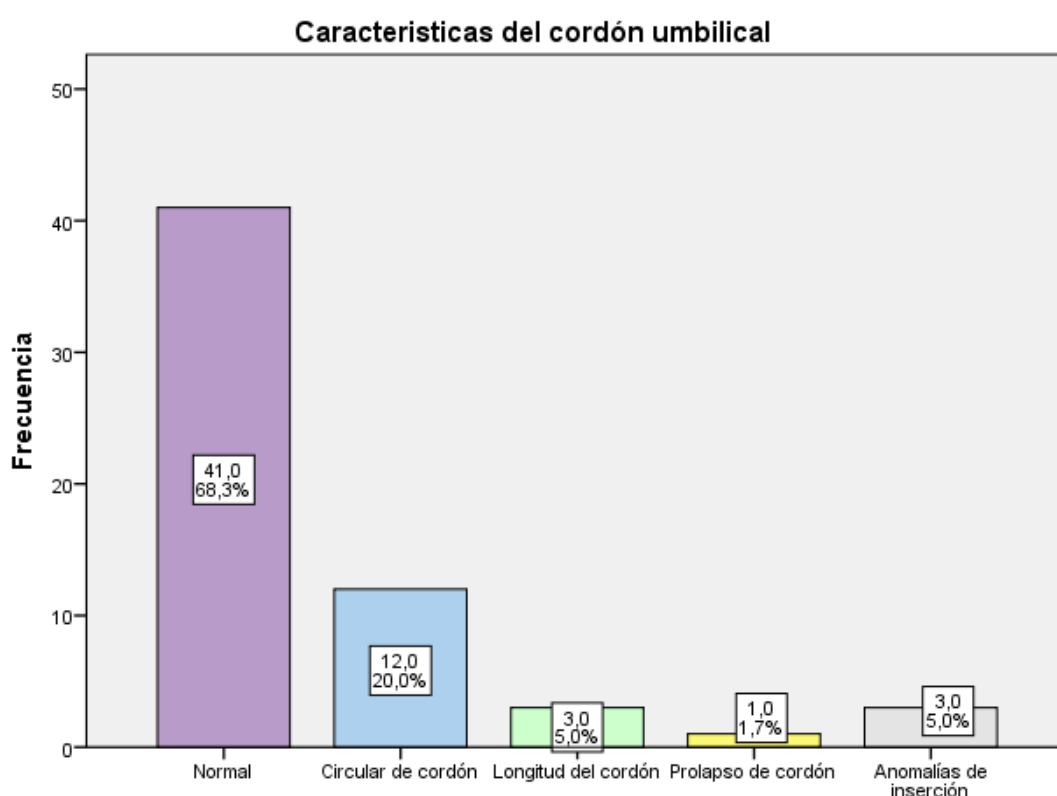


Gráfico 13. Características del cordón umbilical

En relación a las características del cordón umbilical durante el monitoreo fetal intraparto de las pacientes podemos observar que el 68,3%(41) tuvieron un cordón umbilical normal, el 20,0%(12) presentaron circular de cordón, 5,0%(3) longitud del cordón, el 1,7%(1) prolapso de cordón, 5,0%(3) anomalías de inserción.

Tabla 13. Distocia funicular

n=60		
Distocia funicular	F	%
Si presenta	39	65,0
No presenta	21	35,0
Total	60	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

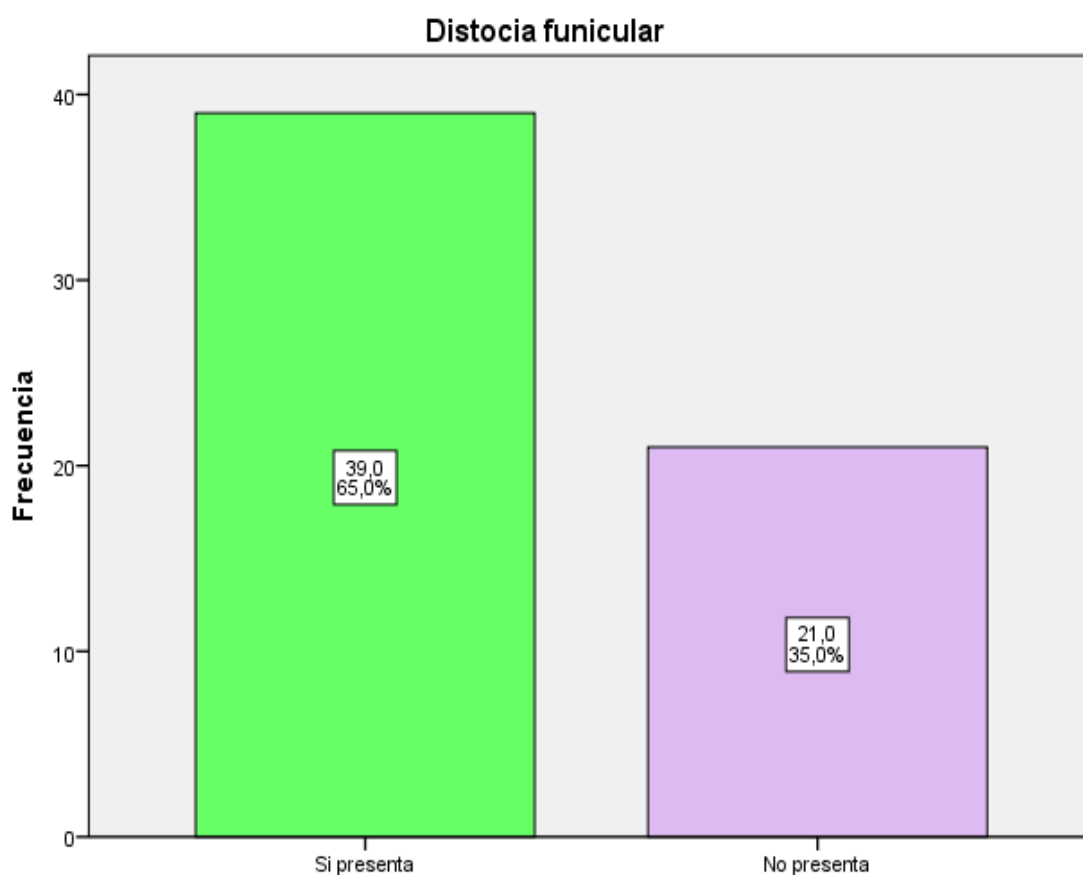


Gráfico 14. Distocia Funicular

En relación a la distocia funicular de las pacientes podemos observar que el 65,0% (39) si presentaron, y el 35,0% (21) no presento.

4.2. RESULTADOS INFERENCIALES

Tabla 14. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la relación entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

	Valor	Significancia
Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto	15,707	0,000

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla 14 se hace un análisis inferencial para determinar la relación entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular. Como se aprecia si existe relación con un p valor 15,707 y un nivel de significancia de 0,000.

Tabla 15. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019

Relación entre la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto con la distocia funicular	Distocia funicular	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	Significancia
Línea base del monitoreo electrónico fetal	13,973	0.001

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla 15 se hace un análisis inferencial para determinar la relación entre la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular. Como se aprecia si existe relación con un p valor 13,973 y un nivel de significancia de 0,001.

Tabla 16. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019

Relación entre el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto	Distocia funicular	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	Significancia
Variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto	11,229	0,004

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla 16 se hace un análisis inferencial para determinar la relación entre la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular. Como se aprecia si existe relación con un p valor 11,229 y un nivel de significancia de 0,004.

Tabla 17. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre el valor predictivo de las desaceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019

Relación entre el valor predictivo desaceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto	Distocia funicular	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	Significancia
Valor predictivo de las desaceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto	12,946	0,002

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla 17 se hace un análisis inferencial para determinar la relación entre el valor predictivo de las desaceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular. Como se aprecia si existe relación con un p valor 12,946 y un nivel de significancia de 0,002

Tabla 18. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre el valor predictivo movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2019

Relación entre el valor predictivo movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto	Distocia funicular	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	
Valor predictivo de los movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto	7,164	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla 18 se hace un análisis inferencial para determinar la relación entre el valor predictivo de los movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular. Como se aprecia si existe relación con un p valor 7,164 y un nivel de significancia de 0,028.

CAPITULO V

DISCUSION DE LAS RESULTADOS

5.1. PRESENTACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En el estudio que se realizó para determinar la relación entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de la distocia funicular el cual se realizó en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2020 al contrastar la hipótesis se encontró que existe relación entre ambas variables de estudio con un valor de P de 12,743 y un nivel de significancia de 0,000. No coincide con sus resultados

En el estudio realizado se encontró con respecto a las desaceleraciones que el 35,0% tuvo de DIP III y el 21,7% de DIP II lo que se asemeja a lo encontrado por Chávez L en su estudio encontró que en cuanto a las desaceleraciones el 61% presento de tipo III y el 29% de tipo II.

Asimismo, se encontró que el 65,0% presento distocia funicular lo que coincide a lo encontrado por Zapata y Surichaqui en su estudio encontró que el 30% de gestantes presento distocia funicular y contradicho por Pineda P¹⁴ quien encontró que solo el 19%, tuvo distocia funicular en su estudio realizado. Y a su vez Fernández I¹⁷ hallo en su estudio que el 35% presentó distocia funicular

También se encontró que el 66,7% fueron de zona urbana lo que coincide a lo encontrado por Coaquira¹³ quien en su estudio encontró que el 53,7% tenían procedencia urbana

Por otro lado, también se encontró que el 65,0% era multíparas hecho que contradice a lo encontrado por Coaquira¹³ quien encontró que el 52,2% era nulíparas

De otro modo se encontró que el 40% tuvieron gestaciones a termino y Coaquira¹³ también mostro que el 73,1% también tuvieron los mismos resultados.

En el estudio se encontró que el 76,7% tuvo un cordón simple, el 20,0% doble y el 3,3% triple lo cual es coincidente a lo encontrado por Pando Z¹⁶ quien en su estudio encontró que el 67.1%, tuvo circular simple el cordón umbilical el 24,3% corto y el 42.9% cordón umbilical largo; asimismo Barboza y Sanchez¹⁵ también halló datos semejantes en su estudio El 84% tuvo circular de cordón simple y 15% circular doble, 1% triple circular de cordón y Briceño M¹⁹ que también mostro que el 21% con circular de cordón simple y 1% con circular de cordón doble

En la línea base en el estudio se encontró que 50,0% tuvo de <100 o >180 en frecuencia cardiaca y el 28,3% de 120 -160 lo cual es contradicho por lo encontrado por Fernández I¹⁷ mostro en su estudio que el 10 % presentó bradicardia sospechosa (110-100) y el 2,5% presentó bradicardia patológica (100-90); finalmente del 100% de casos normales.

CONCLUSIONES

- ❖ En la presente tesis de investigación; se concluye que el monitoreo electrónico fetal intraparto se relaciona con la distocia funicular, debido a que en la prueba Chi cuadrado, tiene un valor de 15.707 y el p-valor igual a 0,000 es menor que el error estimado (0,05), por lo que se acepta la hipótesis de investigación.
- ❖ Con referencia de la primera dimensión de la línea base del monitoreo electrónico fetal; se concluye que se relaciona significativamente con la distocia funicular, debido a que el chi cuadrado tiene un valor de 13,973 y el p-valor igual a 0,001 es menor que el error estimado (0,05), por lo que se acepta la hipótesis de investigación.
- ❖ Respecto a la segunda dimensión del valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto; se concluye que se relaciona significativamente con la distocia funicular un valor de 11.229 y el p-valor igual a 0,004 es menor que el error estimado (0,05), por lo que se acepta la hipótesis de investigación.
- ❖ En relación a la tercera dimensión del valor predictivo desaceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto; se concluye que se relaciona significativamente con la distocia funicular un valor de 12.946 y el p-valor igual a 0,002 es menor que el error estimado (0,05), por lo que se acepta la hipótesis de investigación.
- ❖ Y, Por último; con referencia a la última dimensión del valor predictivo movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto; se concluye que se relaciona significativamente con la distocia funicular un valor de 7.164 y el p-valor igual a 0,028 es menor que el error estimado (0,05), por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

- ❖ Capacitar al personal de salud sobre la importancia del monitoreo fetal intraparto para el bienestar de la madre como para el feto.
- ❖ El monitoreo fetal intraparto debe complementarse junto con otras pruebas sobre el bienestar fetal el cual se acompaña de ecografía Doppler.
- ❖ En caso se detecten signos de compresión funicular se debe realizar el cardiotocográfico.
- ❖ Capacitar a las obstetras sobre el manejo adecuado y una buena interpretación de la cardiotocográfico durante el monitoreo.
- ❖ Realizar un libro de registros de las pacientes que son monitorizadas mediante cardiotocografía donde se indica los factores de riesgo o patologías prevalentes.
- ❖ Informar a las gestantes sobre los beneficios y las limitaciones del monitoreo fetal electrónico.
- ❖ Concientizar a las gestantes sobre la importancia de acudir en forma oportuna al Hospital.
- ❖ Concientizar a las gestantes sobre la importancia de llevar un control oportuno y puntual para identificar cualquier factor de riesgo en forma temprana.
- ❖ En las futuras investigaciones considerar datos prospectivos que sean del presente ya que esto facilitara el trabajo en cuanto al tiempo de demora en la toma de datos.
- ❖ Realizar el estudio en otro tipo de población para conocer la realidad de la gestante de las zonas alejadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). Tendencias de la mortalidad materna: Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014.
2. Saposoa Alzamora C, Syck Linares A. Monitoreo Fetal Electrónico disponibles en los establecimientos de salud pública de Bangladesh. Bangladesh Med Res Counc Bull. 2009; 35 (2): 53-6.
3. Danzhen Felipe Y, Phillip-Olivares B, Jingxian-Tuesta W, Tessa Pineda W et al. Objetivo del Monitoreo Fetal. Estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil. Informe 2013. Nueva York, NY: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2013.
4. Smith Soto M, Anwar Linares I, et al. Situación del monitoreo fetal y distocia. Lanceta. 2006; 368 (9544): 1377 - 86.
5. Savaleta Ramos C. Situación de la distocia funicular salud pública de Bangladesh. Bangladesh Med Res Counc Bull. 2009; 35 (2): 53-6.
6. Smith Rios M, Anwar Loarte I, et al. Situación del monitoreo fetal y distocia. Lanceta. 2006; 368 (9544): 1377 - 86.
7. Pardo Arteaga I y Ramírez Avalos M. Cardiotocografía en el diagnóstico de distocia funicular en el Hospital Materno Infantil "Germán Urquidí"
8. Chávez Ramírez M. "Correlación entre el monitoreo fetal intraparto tranquilizante y la resultante neonatal en gestaciones a termine". Hospital Guayaquil. 2017.
9. Valdez Robles E. "Rol de la monitorización electrónica fetal intraparto en el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo 2016".
10. Chávez Olortegui L. Monitoreo Fetal Electrónico Intraparto patológico y su relación con el APGAR neonatal en pacientes atendidas en centro obstétrico del Hospital Luis Gabriel Davila de Tulcán

11. Reudor Janampa J. "Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en gestantes del tercer trimestre. Hospital de Pichanaki. Periodo Junio a diciembre 2017"
12. Zapata Linares Y, Surichaqui Mendoza M. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en el Instituto Materno Perinatal"
13. Coaquira Rios M. "Hallazgos cardiotocográficos de gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki Satipo - Junín 2015"
14. Pineda Yturre P, "Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de distocia funicular en recién nacidos de madres atendidas en el Instituto Materno Perinatal"
15. Barboza López M y Sánchez Olortegui W. "Presencia de la onda lambda en la cardiotocografía y diagnóstico de distocia funicular en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2014.
16. Pando Pardo Z. "Eficacia del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular, en gestantes a término. Hospital Regional de Pucallpa, 2016Fernández Soto I. "Eficacia del test estresante en el diagnóstico de distocia funicular de perinatos 31 atendidos en el Hospital Tingo María enero a junio 2016"
17. Zagastizabal Pérez L. "Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular. Hospital II Huamanga Essalud". Universidad Nacional Hermilio Valdizan
18. Briceño Mendoza M. "Valor predictivo del monitoreo fetal electrónico en diagnóstico de distocia funicular en gestantes a término. Hospital Regional de Pucallpa" Universidad Nacional Hermilio Valdizan.
19. Sakraida Shotwon M. actitud, la intención y el comportamiento: una introducción a la teoría y la investigación. Reading, MA: Addison -Wesley; 2005 34.

20. Zavaleta Pardo I. Monitoreo Fetal Electrónico: Prentice Hall; 2001.
21. Sucken Ibiza M. El Monitoreo, facultad de biblioteconomía y Documentación. Universidad de Barcelona; 2000. P. 159.
22. Mongrut Steane, A: Tratado de Obstetricia. Tomo I, pág. 5558; 204-208; 22-223. Tomo II, pág. 156-160.
23. Otoyá Barba, Enrique.: El efecto Doppler en la evaluación de las enfermedades cardiovasculares periféricas. Revista Diagnóstico, vol. 11, N.º 6 pág. 192-197.
24. Saabacha Rudy E. Ultrasonido en Obstetricia Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, pág. 219-223. 2007
25. Smith Roger P. Física Básica del Ultrasonido. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de norte América, pág. 220-226. June 2007.
26. Kalmason Olortegui D. Desaceleraciones. Tribuna Médica. pág. 2-8, abril 2013.
27. Izaguirre Martin, Reategui Loarte L, Mori Hidalgo J. Gestantes y monitoreo. Lima, Julio 2016
28. Martel Fishbein L. Desaceleraciones Obstetricas. Reading, MA: Addison -Wesley; 2005 34.
29. Stoopen Miguel, Kimura Kenji y Bardis de S. Verónica: desaceleración tardía. Tribuna Médica, págs. 1-9, nov. 2015
30. Taylor Stewart, E. Obstetricia de Beck, pág. 51, 9.ª edición 2008.
31. Galarza Cotera, Jorge: Distocia Funicular. Revista Diagnóstico. Vol. 2, N.º 4 pág. 15-16, 2012.
32. Pschyrembel Pollith, W. Obstetricia Práctica, pág. 30-224.
33. Herrera Jiménez J. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia médica, 33-56, 2014

34. Cárdenas Rosalía S, Roselló Anselmo P, Pérez Ríos A. Tipos de Distocia "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" Cuba; 2014.
35. Altamirano Díaz R, Coronel Esponza A. Distocia Funicular umbilical Guayaquil; 2016.
36. Hellamn Leveno Y, Pritchard Jilcan A., Obstetricia Williams, 23^a. edición, México, 2011.
37. Zabala Rotey R. Anomalías de longitud. [Internet] Ginebra OMS; 2007 [Consultado 2019 Oct 05] disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=D898F964ADAF9F0D22C6F52AD2D08357?sequence=1
38. Liu Palacios C, Segundo Humberto L. Monitoreo Fetal Anteparto. Tesis de 24 Especialización. Universidad Nacional de Trujillo, 2016.
39. Garza Aranda G, González Robles G. Distocia Funicular. Revista Anestesia en México.2004; 16(1):32-39.
40. Keith Pineda M, Galerneau Andrés W. Intraparto patrones de frecuencia cardíaca fetal en la predicción de la acidemia neonatal. Revista de Obstetricia y Ginecología. Francia. 2003; 3: 820.
41. Schneider Quivilla E. "Desaceleración variable, desaceleración prolongada. Revista de Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Madrid-España, 1986, 1: 83-91.
42. Cifuentes Ríos M. Monitorización fetal. Ginecología y obstetricia basada en evidencias. Colombia. 2002; pp. 197
43. Santonja Jiménez J, Martínez López L., Bonilla Trujillo F. "Frecuencia cardíaca fetal"-Atlas de Cardiotocografía, Barcelona -España, 1975: 53-71.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Zelaya H. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 2020 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2023 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRONICO FETAL EN EL DIAGNOSTICO DE LA DISTOCIA FUNICULAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es el valor predictivo de la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>DETERMINAR EL VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL INTRAPARTO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA DISTOCIA FUNICULAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Describir la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Ha: Si existe relación entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</p> <p>Ho: No existe relación entre el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Ha1: Existe relación entre la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.</p> <p>Ho1: No relación entre la línea base del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico</p>	<p>VI</p> <p>Valor predictivo de monitoreo fetal</p>	<p>DIMENSIONES</p> <p>Línea base</p> <p>Variabilidad</p> <p>Aceleraciones</p> <p>Desaceleraciones variables</p> <p>Movimientos fetales</p>	<p>INDICADORES</p> <p>Línea de base</p> <ul style="list-style-type: none"> • <110 o >180 • 100 a 119 a <p>161-180</p> <ul style="list-style-type: none"> • 120-160 <p>Variabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • <5 >3 5-9 o > 25 3-6 10-25 >6 <p>Aceleraciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 • Periódicos o 1-4 esporádicos • >5 <p>Desaceleraciones variables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dip I • Dip II • Dip III

<p>Infantil Carlos Showing Ferrari? ¿Cuál es el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari? ¿Cuál es el valor predictivo de las aceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari? ¿Cuál es el valor predictivo de las desaceleraciones variables del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?</p>	<p>Estimar el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Conocer el valor predictivo de las aceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Conocer el valor predictivo de las desaceleraciones variables del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Valorar el valor predictivo de los movimientos fetales del monitoreo electrónico fetal intraparto en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari</p>	<p>de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Ha2: Existe relación entre el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Ho2: No existe relación entre el valor predictivo de la variabilidad del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Ha3: Si existe relación entre el valor predictivo de las aceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Ha3: No existe relación entre el valor predictivo de las aceleraciones del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari Ha4: Si existe relación entre el valor predictivo de las desaceleraciones variables del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de</p>	<p>VD Distocia funicular</p>	<p>DIMENSIONES Si presente No presente</p>	<p>Ausentes. Actividad fetal •0 movimientos •1-4 movimientos. •.>5. INDICADORES Si presente Simple Doble Triple Prolapso de cordón No presente</p>
---	--	---	--	---	--

Infantil Carlos
Showing Ferrari?
¿Cuál es el valor
predictivo de los
movimientos fetales
variables del
monitoreo
electrónico fetal
intraparto en el
diagnóstico de la
distocia funicular en
el Hospital Materno
Infantil Carlos
Showing Ferrari?

la distocia funicular en el Hospital
Materno Infantil Carlos Showing
Ferrari

Ho4: No existe relación entre el
valor predictivo de las
desaceleraciones variables del
monitoreo electrónico fetal intraparto
con el diagnóstico de la distocia
funicular en el Hospital Materno
Infantil Carlos Showing Ferrari

Ha5: Si existe relación entre el valor
predictivo de las
desaceleraciones(tempranas/tardías)
variables del monitoreo electrónico
fetal intraparto con el diagnóstico de
la distocia funicular en el Hospital
Materno Infantil Carlos Showing
Ferrari

Ho5: No existe relación entre el valor predictivo de las desaceleraciones(tempranas/tardías) variables del monitoreo electrónico fetal intraparto con el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari

DISEÑO

Tipo de estudio:

De acuerdo al análisis, el aporte y todo el alcance obtenido por los resultados, el estudio es del tipo relacional analítico, pues se estudió todas las variables acorde a las presentadas características específicas respecto a la población en el estudio y la importancia del problema presentado, nos permitirá identificar si existe una relación entre las variables vistas dentro de la mencionada investigación

Según la planificación en la respectiva la toma de datos, el presentado estudio es de un tipo prospectivo, ya que se registró información acorde a los sucesos ocurridos en tiempo real, es decir al momento de ser evidenciados y ocurrían.

POBLACION Y MUESTRA

Población:

En el estudio la población estuvo constituida por la totalidad de las gestantes con distocia funicular, que según los datos recabados y actualizados estos son un total de 60 gestantes.

Tamaño de la muestra.

Se llegó a trabajar con el 100% de la población mencionada, que en su totalidad son 50 gestantes padeciendo distocia funicular, para esto no se aplicara ninguna fórmula.

TÉCNICAS

Para la recolección de datos:

El método usado para el estudio presente fue la conocida encuesta sociodemográfica, también dos fichas de análisis documental que nos sirvieron para la toma de datos respecto a las historias clínicas que correspondían al monitoreo fetal y a la distocia funicular

Respecto a la ficha de análisis; esta constará con las secciones siguientes:

- Primer ítem: Las características generales y obstétricas de la gestante
 - Segundo ítem: El monitoreo fetal
 - Tercer ítem: Los datos que guardan relaciona la distocia funicular.
-

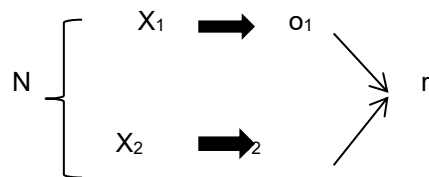
Debido al número de oportunidades en el que se mide la variable; en el tipo de estudio tuvimos uno transversal puesto que se el estudio de las variables ocurrió en un solo momento.

Debido al número de variables en el estudio, la investigación mostrada fue de tipo analítico, debido a que se conservan tres variables en el estudio, dentro de lo cual se buscó la correlación entre sí.

En el enfoque de la mostrada investigación, responde a un tipo cuantitativo, pues debido a la fundamentación estará medida acorde factores que contribuyen a la satisfacción en base a todos los instrumentos que se desarrollaron y fueron validados.

Diseño de estudio:

El diseño realizado para la investigación fue epidemiológico analítico, a continuación la muestra del diseño:



Análisis de datos

Análisis descriptivo. Se empleó un análisis descriptivo por los intereses encontrados en la posición y una referida dispersión de datos a la medida, acorde a lo requerido en el estudio; se determinaron las medidas de tendencia como eje central y una determinada dispersión para las variables cuantitativas y de manera proporcional para todas las variables categóricas. Para efecto se determinaron las medidas de central tendencia, la media, la moda y mediana; y para las medidas de dispersión la varianza.

Análisis inferencial. Para la demostración sobre la relación de las dimensiones que se tuvo en el estudio, se elaboró el análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de chi-cuadrado la cual nos sirvió para determinar las relaciones entre las variables en el estudio. En la significancia estadística de las pruebas se considerará el valor $p < 0,05$ Y para el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

Dónde:

N= Gestantes

X₁= Valor predictivo de monitoreo
electrónico

X₂= Distocia funicular

O₁= Observación 1

O₂= Observación 2

r= Relación

ANEXO 2

Código:

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

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTAL DE LAS CARÁCTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. “Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de la Distocia Funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari”

1. ¿Edad?

2. Zona de procedencia

De zona Urbana

()

De zona Rural

()

Datos Obstétricos

3. ¿Edad gestacional?

a) 37 semanas

b) 38 semanas

c) 39 semanas

d) 40 semanas

4. ¿Paridad?

a) Primípara

b) Multípara

ANEXO 03

Código:

Fecha: /.../...

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTAL DE MONITOREO FETAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de la distocia funicular en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari”

PARAMETROS	PUNTALE				PUNTAJE
	0	1	2		
LCF BASAL	<100 O >180	100-119 O 161-180	120- 160		
VARIABILIDAD	<5 >3	5-9 O >25 3- 6	10- 25 >6		
ACELERACION	0	Periódicos o 1-4 esporádicos	>5		
DESACELERACION	DIP I	DIP II	DIP III	Ausentes	
MOVIMIENTOS FETALES	0	1 a 4	>5		
PUNTAJE TOTAL					

CONCLUSION DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO
 CATEGORIA I..... CATEGORIA II..... CATEGORIA III.....

1.2. DISCTOCIA FUNICULAR

VARIABLE DE ESTUDIO	INDICADORES	VALORES HALLADOS
Tipo de Cordón	Simple Doble Triple	
Distocia Funicular	Si Presenta No presenta	