



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN  
DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES  
CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO.  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.  
ENERO MARZO 2016**

**PRESENTADA POR  
JANET ISABEL ANANCUSI QUICHUA**

**ASESORA  
CARMEN ROSA GUZMAN ASCURRA**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO OBSTETRA ESPECIALISTA EN MONITOREO  
FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual**

**CC BY-NC-SA**

La autora permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE  
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE  
FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON  
Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO.**

**INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.**

**ENERO MARZO 2016**

**PRESENTADA POR**

**Obst. ANANCUSI QUICHUA, Janet Isabel**

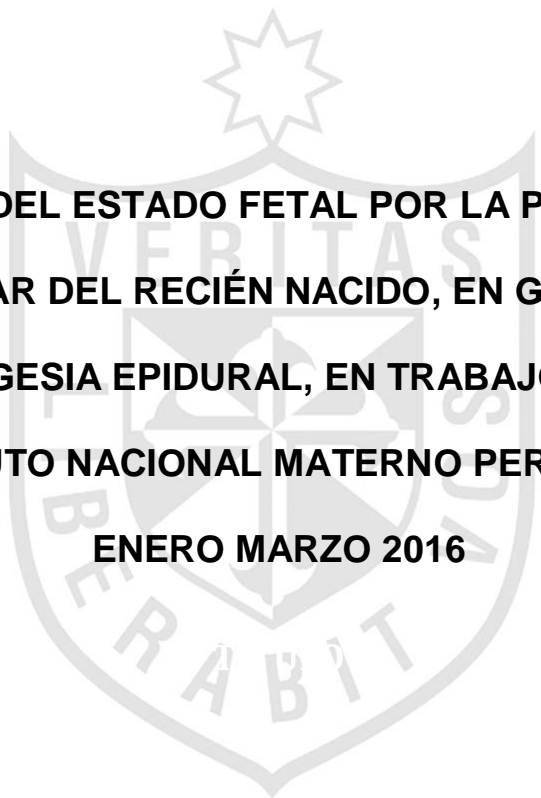
**ASESORA**

**CARMEN ROSA GUZMAN ASCURRA**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO OBSTETRA ESPECIALISTA EN  
MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN EN OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**



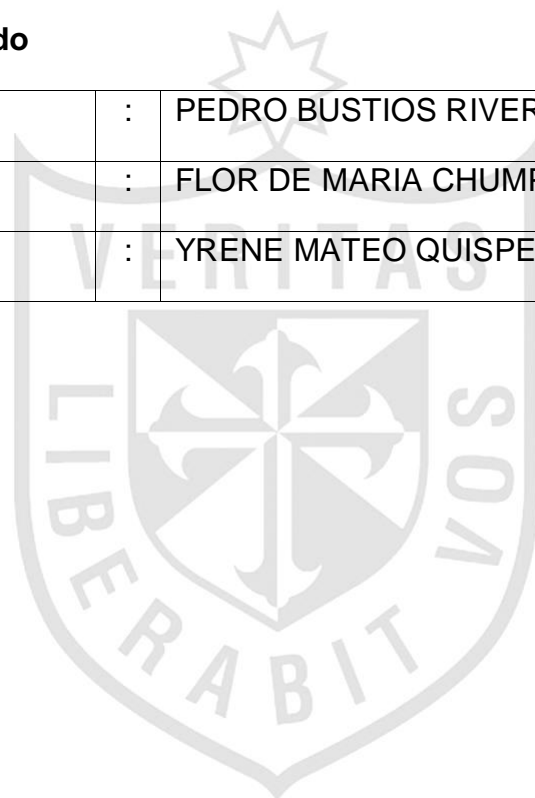
**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE  
FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON  
Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO.  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.  
ENERO MARZO 2016**

## **ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

**Asesor (a): CARMEN ROSA GUZMAN ASCURRA**

### **Miembros del jurado**

Presidente	:	PEDRO BUSTIOS RIVERA
Vocal	:	FLOR DE MARIA CHUMPITAZ SORIANO
Secretaria	:	YRENE MATEO QUISPE





## **DEDICATORIA**

A **DIOS**, por su infinito amor que me ayuda a conseguir mis logros, a mis padres **ISABEL Y PABLO** por su amor, enseñanza y apoyo incondicional, a mi esposo **CAMILO** por lo que significa en mi vida. A todos ellos con mucho cariño, por ayudarme a que este momento llegara.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien me protege y guía mis pasos para avanzar profesionalmente.

A mis padres ISABEL y PABLO, por su apoyo incondicional en reconocimiento de sus sacrificios por darme una profesión y actualmente los ánimos que me siguen dando, para seguir adelante profesionalmente.

A mi querido esposo CAMILO por su ayuda y constante cooperación, por estar ahí cuando más lo necesito, por el amor que nos tenemos del cual me motiva a seguir adelante.

A la Universidad San Martín de Porres, por acogerme generosamente en sus aulas y a la vez darme la oportunidad de ser especialista en Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes en obstetricia.

A las autoridades del Instituto Nacional Materno Perinatal, por darme la posibilidad de aplicar este trabajo de investigación en dicha institución

## ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO .....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
RESUMEN .....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
MATERIAL Y MÉTODO .....	7
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO .....	8
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	8
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	9
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	10
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	12
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION .....	13
2.7. ASPECTOS ÉTICOS .....	13
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN .....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS.....	38



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Nº de la tabla</b>	<b>Nombre de la tabla</b>	<b>Nº de pagina</b>
1-A	Apgar del recién nacido al minuto, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	26
1-B	Apgar del recién nacido a los cinco minutos en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	28
2	Pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	30
3-A	Relación del estado fetal y apgar del recién nacido al minuto, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	32
3-B	Relación del estado fetal y apgar del recién nacido a los 5 minutos, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	35

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Nº de la ilustración</b>	<b>Nombre de la ilustración</b>	<b>Nº de pagina</b>
1-A	Apgar del recién nacido al minuto, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	26
1-B	Apgar del recién nacido a los cinco minutos en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	28
2	Pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	30
3-A	Relación del estado fetal y apgar del recién nacido al minuto, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	32
3-B	Relación del estado fetal y apgar del recién nacido a los 5 minutos, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto.	35

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER y apgar del recién nacido, en gestantes con y sin analgesia epidural, en trabajo de parto, Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a marzo del año 2016.

**Metodología:** Observacional, descriptivo, correlacional, prospectivo, transversal. Con una población conformada por 93 gestantes que se encuentran en el centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, siendo la muestra final de 92 gestantes de las cuales se consideró, 46 gestantes con analgesia epidural y 46 gestante sin analgesia epidural en trabajo de parto.

**Resultados:** Gestantes con analgesia epidural un estado fetal óptimo 42,4% con apgar 7 a 10, estado fetal de observación estricta de 7,6% con apgar 4 a 6 en 1,1% y apgar 7 a 10 en 6,5%. Gestantes sin analgesia epidural un estado fetal óptimo de 45,6% con apgar 7 a 10, un estado fetal de observación estricta de 4,4% con apgar 4 a 6 en 1,1% y apgar 7 a 10 en 3,3%. No hubo resultados con apgar de 0 a 3 en ambos grupos.

**Conclusiones:** Existe relación en el pronóstico del estado fetal por la puntuación de Fisher y apagar del recién nacido.

La analgesia epidural no interviene en el apgar del recién nacido ni en el pronóstico del estado fetal.

**Palabras clave:** Analgesia epidural, estado fetal y apgar del recién nacido.

## ABSTRACT

**Objective:** To relate the fetal status prognosis by the FISHER and apgar scores of the newborn, in pregnant women with and without epidural analgesia, in labor, National Maternal Perinatal Institute, from January to March, 2016.

**Methodology:** Observational, descriptive, correlational, prospective, transversal. With a population made up of 93 pregnant women who are in the obstetrical center of the National Maternal Perinatal Institute, the final sample of 92 pregnant women was considered, 46 pregnant women with epidural analgesia and 46 pregnant women with no epidural analgesia in labor.

**Results:** Pregnant women with epidural analgesia had an optimal fetal status of 42.4% with apgar 7 to 10, fetal state of strict observation of 7.6% with apgar 4 to 6 in 1.1% and apgar 7 to 10 in 6.5%. Pregnant women without epidural analgesia had an optimal fetal state of 45.6% with apgar 7 to 10, a fetal state of strict observation of 4.4% with apgar 4 to 6 in 1.1% and apgar 7 to 10 in 3.3%. There were no apgar scores from 0 to 3 in both groups.

**CONCLUSIONS:** There is a relationship in the prognosis of the fetal status by Fisher's score and the newborn's switch-off. Epidural analgesia does not intervene in the apgar of the newborn or in the prognosis of the fetal state.

**Keywords:** Epidural analgesia, fetal status and apgar of the newborn.



# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS la cardiotocografía (CTG) prenatal es una prueba de detección utilizada en el embarazo, para identificar fetos con riesgo de desarrollar hipoxia. En función de los datos de estudios observacionales se pensó, originalmente, que la cardiotocografía sería de gran valor, detectando así resultados fetales deficientes tempranos y mediante ello mejorar las probabilidades de supervivencia de los neonatos. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que cuando se utiliza la cardiotocografía, como la prueba sin estrés o la prueba de estrés durante las contracciones, puede llevar a que los médicos utilicen intervenciones innecesarias o inadecuadas, por errores de interpretación visual. A pesar de lo dicho la cardiotocografía con resultado no reactivo del feto, puede incluso estar asociada con una mayor morbimortalidad fetal, porque está basado en los cambios de la frecuencia cardíaca fetal, por las alteraciones en la capacidad reguladora del sistema nervioso autónomo y/o a depresión miocárdica directa, que son provocadas por la hipoxia y acidosis fetal.<sup>(1)</sup>

Una de las pruebas más utilizadas en la cardiotocografía, conocida también como Monitoreo Electrónico Fetal, es el test estresante y test no estresante. Para ello existen diferentes criterios de interpretación que ayude al manejo de los trazados, entre ellos tenemos (Cabanis- Wagner, ACOG, FIGO, NICHID, SEGO, DUBLIN, FISHER, etc.), son los mismos parámetros que utiliza para la evaluación del trazado cardiotocográfico considerando en sus valores a: frecuencia cardíaca fetal, variabilidad, aceleraciones y desaceleraciones.

El parámetro FISHER es el único que incluye actualmente los movimientos fetales para su interpretación, por la importancia que presenta, es lo que se utilizó en este trabajo de investigación.

En obstetricia, la preocupación ha sido siempre mitigar el dolor y actualmente existe una técnica analgésica adecuada para modificar estas condiciones. Se considera a la analgesia epidural como la más efectiva en el alivio del dolor en el trabajo de parto con beneficio para la madre y el recién nacido. El uso de fármacos que se utiliza en la analgesia epidural cruzan la placenta y se incorporan en la circulación fetal, como resultado de esto, el recién nacido puede mostrar algunos efectos como una leve depresión respiratoria, debido a que el metabolismo es lento, sin embargo utilizados con mucha precaución y cuidado pueden considerarse seguros durante el trabajo de parto.

“La analgesia de parto con bupivacaína-fentanil resultó un método eficaz para el alivio del dolor del parto, cuando fue administrada en trabajo de parto bien establecido (dilatación 4 cm), acortando la duración de manera significativa y no interfiriendo con el reflejo de pujar. Aunque la duración del expulsivo fue significativamente mayor, no tuvo implicancia con la obtención de recién nacidos en buenas condiciones ni aumentó de manera significativa los partos instrumentados y las cesáreas”.<sup>(2)</sup>

El desarrollo biotecnológico ha hecho que podamos controlar mejor y con menor agresividad, la frecuencia cardíaca fetal (FCF) así como la actividad uterina en el período en el que el feto sufre uno de sus mayores niveles de estrés, el parto, donde se produce la unión de varios factores (bioquímicos, mecánicos y hemodinámicos) que pueden hacer que el feto sano pueda pasar a una situación de riesgo de pérdida de bienestar fetal.<sup>(3)</sup>

El sufrimiento fetal era un término comúnmente empleado para identificar una emergencia obstétrica. Se podría definir como aquella asfixia fetal progresiva, que si no era corregida o evitada, provocaría una descompensación de la

respuesta fisiológica, desencadenando un daño permanente del Sistema Nervioso Central (SNC), fallo múltiple de órganos y muerte.<sup>(4)</sup>

Son muchos los trabajos clínicos realizados que objetivan que la monitorización fetal se asocia a un descenso de la mortalidad perinatal durante la hipoxia fetal, siendo efectivo para reducir la mortalidad perinatal y las secuelas neurológicas a largo plazo. La evidencia actual nos demuestra que se puede prevenir estos efectos viendo los resultados de ello mediante el Apgar del recién nacido.<sup>(5)</sup>

El Apgar del recién nacido, es un examen rápido que se realiza al primero y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto determina qué tan bien tolera el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje a los cinco minutos evalúa qué tan bien se está adaptando el recién nacido al nuevo ambiente. Cada uno de estos parámetros (Esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca por minuto, tono muscular, reflejo de irritabilidad y color de la piel y mucosas), se puntúa de 0 a 2 y la suma de los cinco alcanza una puntuación máxima de 10. Si el resultado es de 7 a 10 puntos, indica que el bebé está normal, si es de 4 a 6, indica depresión moderada y requiere actuación inmediata, si es menor de 3 indica depresión severa y necesita atención de emergencia como respiración asistida o medicamentos.<sup>(6)</sup>

“El monitoreo electrónico fetal positivo para diagnóstico de sufrimiento fetal, resulta ser eficaz para establecer un Apgar menor a 7; así mismo, el monitoreo electrónico fetal negativo para diagnóstico de sufrimiento fetal resulta ser eficaz para establecer un Apgar mayor o igual a 7”.<sup>(7)</sup>

La finalidad que pretendemos alcanzar es el beneficio que se da a las gestantes en llevar un trabajo de parto sin dolor (con analgesia epidural) y un estado fetal



Optimo. Con la cardiotocografía damos la vigilancia intermitente o continua de la FCF y de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto, con la interpretación de los trazados, se pudo detectar cualquier anomalía que indique riesgo de pérdida bienestar fetal agudo y de la necesidad de tratamiento urgente, en el trabajo de parto.

El Instituto Nacional Materno Perinatal es una organización especializada en salud reproductiva de la mujer y la atención del recién nacido, énfasis en la atención materna perinatal y del recién nacido de alto riesgo. En el Centro Obstétrico (sala de partos), se observa que la mayoría de las gestantes – aproximadamente 45% de ellas- están optando por el parto sin dolor utilizando la analgesia epidural. Lo que se observó que el feto no se ve afectado, por ello este trabajo de investigación contribuye en el pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER y apgar del recién nacido, en gestantes en trabajo de parto con analgesia epidural en dicha institución.

### **1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER y apgar del recién nacido, en gestantes con y sin analgesia epidural, en trabajo de parto, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a marzo del año 2016?

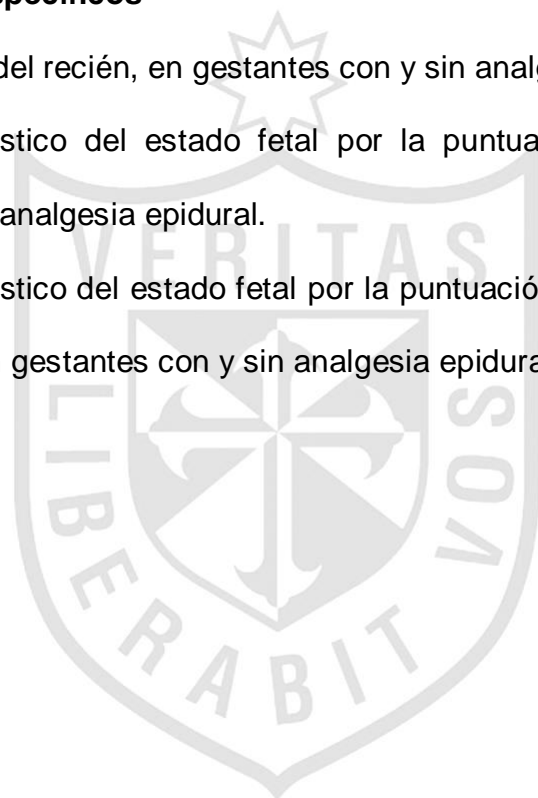
## **1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar el pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER y apgar del recién nacido en gestantes con y sin analgesia epidural, en trabajo de parto, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a marzo del año 2016

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el Apgar del recién, en gestantes con y sin analgesia epidural.
- Identificar el Pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER, en gestantes con y sin analgesia epidural.
- Relacionar el Pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER y apgar del recién nacido en gestantes con y sin analgesia epidural.





## MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 2.1.1 - TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Observacional, descriptivo correlacional, prospectivo, transversal.

### 2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 2.2.1.- Población:

Fueron 93 Gestantes en trabajo de parto, del centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Marzo 2016

#### 2.2.2.- Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

$\sigma$  = Valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante 95% de confianza equivale a 1,96

e = Límite aceptable de error muestral un valor que varía entre el 1% (0,01)

Por lo tanto la muestra del trabajo de investigación es:

92,117 (92) gestantes en trabajo de parto en el Centro Obstétrico, las cuales se consideró 46 gestantes sin analgesia epidural (grupo S/AE) y 46 gestantes con analgesia epidural (grupo C/AE) del Instituto Nacional Materno Perinatal.

En total se estudiaron 92 casos.

## **2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **2.3.1 Criterios de Inclusión:**

- Primigestas o multigestas con edad gestacional a término y edad fértil, cuyo parto hayan finalizado por vía vaginal.
- Gestantes con analgesia epidural (Bupivacaína), en su trabajo de parto, monitorizadas con el monitor electrónico fetal, evaluado por la puntuación de Fischer.
- Gestantes sin analgesia epidural, en su trabajo de parto, monitorizadas con el monitor electrónico fetal, evaluado por la puntuación de Fischer.
- El Apgar del recién nacido de las gestantes en estudio.

### **2.3.2 Criterios de Exclusión:**

- Gestantes que hayan llegado en periodo expulsivo.
- Gestantes que habiendo sido monitorizadas culminaron su parto en sala de operaciones (cesáreas).

## 2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 2.4.1 Variables

#### ❖ Variable Dependiente:

- Estado fetal por la puntuación de FISHER
  - Optimo
  - Observación estricta
  - Mal pronóstico:
- Apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos:
  - 0 a 3 (depresión severa)
  - 4 a 6 (depresión moderada)
  - 7 a 10 (normal)

#### ❖ Variable Independiente:

- Analgesia epidural, en trabajo de parto

## 2.4.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>Variable Dependiente: ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER y APGAR DEL RECIEN NACIDO</b>				
	<b>Pronóstico del estado fetal:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Óptimo (Fisher 8-10)</li> <li>- Observación estricta (Fisher 5-7)</li> <li>- Mal pronóstico (Fisher 0-4)</li> </ul>	Nominal	
	<b>Apgar del recién nacido</b>	<p><b>Apgar al minuto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 a 3 (depresión severa)</li> <li>- 4 a 6 (depresión moderada)</li> <li>- 7 a 10 (normal)</li> </ul> <p><b>Apgar a los cinco minutos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 a 3 (depresión severa)</li> <li>- 4 a 6 (depresión moderada)</li> <li>- 7 a 10 (normal).</li> </ul>	Intervalo	
VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>Variable Independiente: ANALGESIA EPIDURAL,</b>				
Analgesia Epidural	<b>Analgesia Epidural en Gestante en trabajo de parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestante con Analgesia Epidural</li> <li>Gestante sin Analgesia Epidural</li> </ul>	Nominal	Historia Clínica y Ficha de datos de registro de la Unidad de Monitoreo ElectrónicoFetal
VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO

Variable de Control: DATOS GENERALES DE LAS GESTANTES				
Datos generales de las gestantes	Edad:	o Edad fértil	Intervalo	Historia Clínica y Ficha de datos de registro de la Unidad de Monitoreo Electrónico Fetal.
	Edad gestacional	A término (37a 40 semanas)	Intervalo	Historia Clínica y Ficha de datos de registro de la Unidad de Monitoreo Electrónico Fetal.

## 2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 2.5.1 Descripción de los instrumentos.

- Instrumento: Ficha de recolección de datos.
- La investigación se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2016.

#### **Coordinación e inicio del trabajo:**

Se solicitó permiso a las autoridades respectivas, para ejecutar el trabajo de investigación, la Jefatura de Obstetras y del Centro Obstétrico autorizaron la ejecución de la investigación. Como trabajadora de la institución se brindó las facilidades pertinentes.

#### **Selección de gestantes:**

Se seleccionó a las gestantes que están en trabajo de parto con y sin analgesia epidural respectivamente y que tengan el trazado de monitoreo electrónico fetal. Se revisó la historia clínica individual de cada paciente, para luego continuar con la recolección de datos mediante lectura del trazado.



### **Entrevista para los objetivos de datos generales:**

Durante el tiempo de la fase latente hasta completar la dilatación y el periodo expulsivo se observó y se tomó en cuenta los datos importantes como: El pronóstico del estado fetal por la puntuación de Fisher, y el apgar del recién nacido.

### **2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION**

El trabajo se almacenó en la memoria de una computadora y de un USB.

- Se analizaron los datos de recolección, relacionando el pronóstico del estado fetal por la puntuación de Fisher, en gestantes en trabajo de parto con y sin analgesia epidural en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de marzo 2016.
- Se procesó los datos con el programa de SPSS.

### **2.7. ASPECTOS ÉTICOS**

Con la autorización de los funcionarios de la institución, se procedió a recolectar la información necesaria.

- Asimismo, en todo momento se tomó en consideración la confidencialidad de los datos requeridos en el instrumento por ser de uso exclusivo en la investigación.



## RESULTADOS

PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016

**TABLA N°1-A**

**APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL MINUTO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL EN TRABAJO DE PARTO**

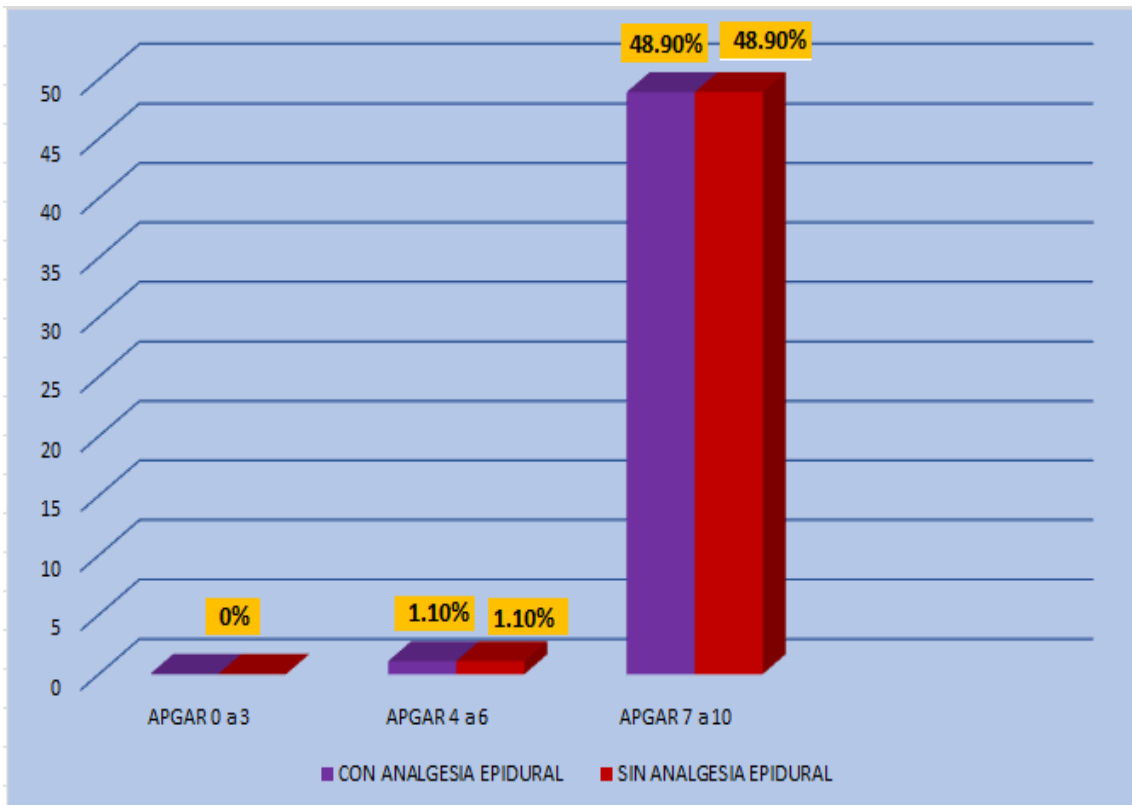
GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL	Apgar (4-6)		Apgar 7-10)		TOTAL	%
	N	%	N	%		
CON ANALGESIA EPIDURAL	1	1,1	45	48,9	46	50
SIN ANALGESIA EPIDURAL	1	1,1	45	48,9	46	50
TOTAL	2	2,2	90	97,8	92	100

En este cuadro podemos observar el apgar al minuto de recién nacidos en gestantes con y sin analgesia epidural, en ambos grupos dieron resultados iguales en porcentajes, con apgar 4 a 6 en 1,1% y apgar 7 a 10 en 48,9%, identificando así que la analgesia epidural no interviene en el apgar del recién nacido al minuto.

**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016**

**GRÁFICOS N° 1-A**

**APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL MINUTO EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL EN TRABAJO DE PARTO**



**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016**

**TABLA Nº 1-B**

**APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS CINCO MINUTOS, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL EN TRABAJO DE PARTO**

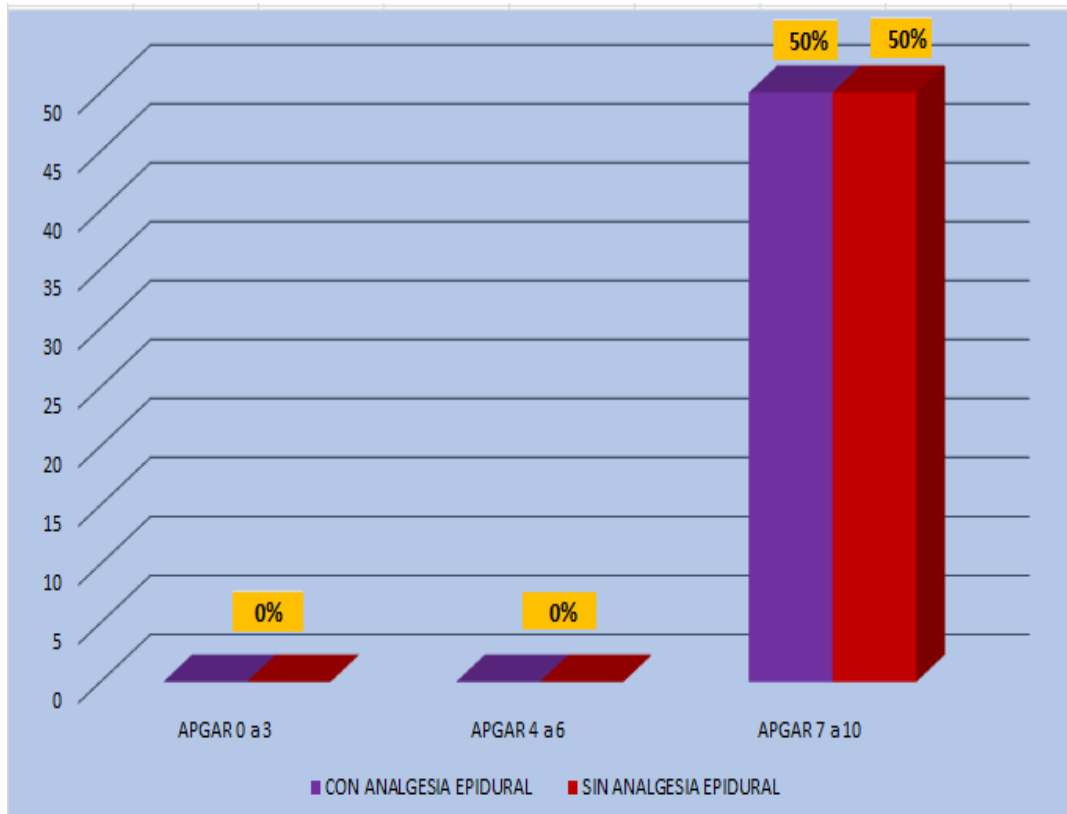
GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL	Apgar 7-10)		TOTAL	%
	N	%		
CON ANALGESIA EPIDURAL	46	50	46	50
SIN ANALGESIA EPIDURAL	46	50	46	50
TOTAL	92	100	92	100

En este cuadro podemos observar el apgar a los cinco minutos de recién nacidos en gestantes con y sin analgesia epidural, en ambos grupos dieron resultados iguales en porcentajes, con apgar 7 a 10 en 50%, identificando así que la analgesia epidural no interviene en el apgar del recién nacido a los cinco minutos.

**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016**

**GRÁFICOS Nº 1-B**

**APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS CINCO MINUTOS EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL**



PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016

**TABLA Nº2**

**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL EN TRABAJO DE PARTO**

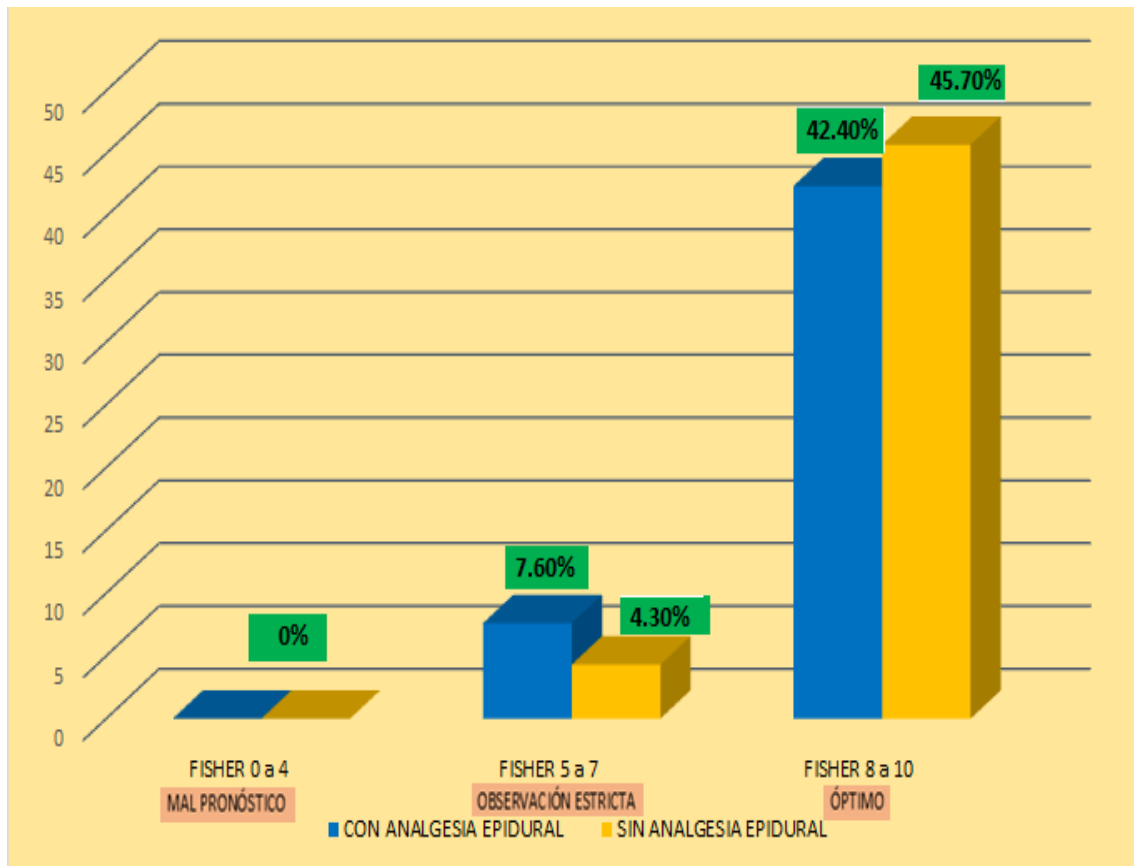
GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL	OPTIMO Fisher (8-10)		OBSERVACIÓN ESTRICTA Fisher (5-7)		TOTAL	%
	N	%	N	%		
CON ANALGESIA EPIDURAL	39	42.4	7	7.6	46	50
SIN ANALGESIA EPIDURAL	42	45.6	4	4.4	46	50
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>88</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

En este cuadro podemos observar el pronóstico del estado fetal en gestantes con y sin analgesia epidural, **con analgesia epidural** estado fetal óptimo en 42,4% y estado de observación estricta en 7,6%. En gestantes **sin analgesia epidural** estado fetal óptimo en 45,6% y estado de observación estricta en 4,4%, no hubo resultados con mal pronóstico. Identificando así mayor porcentaje con respecto al pronóstico del estado fetal optimo en ambos grupos.

**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016**

**GRÁFICO N ° 2**

**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL EN TRABAJO DE PARTO**





PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016

**TABLA Nº 3-A**

**RELACIÓN DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL MINUTO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL EN TRABAJO DE PARTO**

ANALGESIA EPIDURAL/ESTADO FETAL		Apgar (4-6)		Apgar (7-10)		Chi2	p
		N	%	N	%		
CON ANALGESIA EPIDURAL	Optimo (8 -10)	0	0	39	42,4	9,425	0,0241
	Observación estricta (5 - 7)	1	1,1	6	6,5		
SIN ANALGESIA EPIDURAL	Optimo (8 -10)	0	0	42	45,6	16,041	0,001
	Observación estricta (5 - 7)	1	1,1	3	3,3		

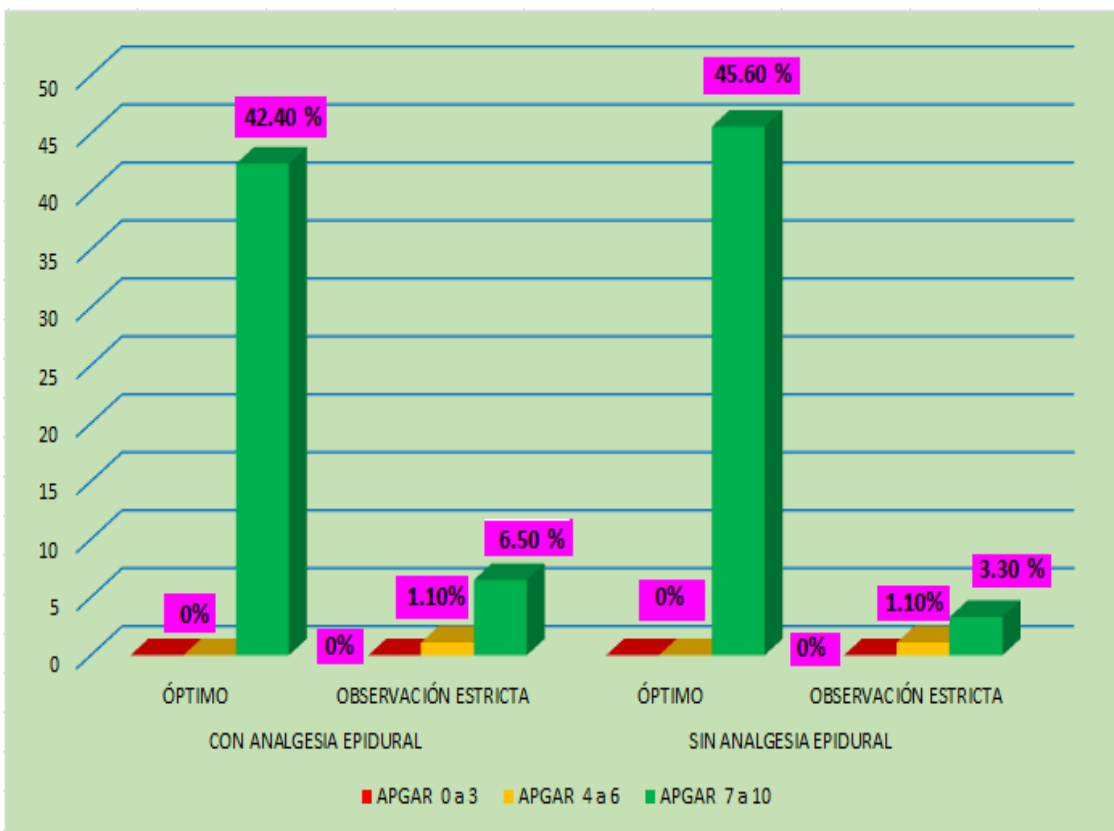
$p < 0.05$

En este cuadro podemos observar el estado fetal y apgar del recién nacido al minuto, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto. Gestantes **con analgesia epidural**, estado fetal óptimo 42,4% con apgar 7 a 10, estado fetal de observación estricta de 7,6% con apgar 4 a 6 en 1,1% y apgar 7 a 10 en 6,5%. Gestantes **sin analgesia epidural**, estado fetal óptimo de 45,6% con apgar 7 a 10, estado fetal de observación estricta de 4,4% con apgar 4 a 6 en 1,1% y apgar 7 a 10 en 3,3%. No hubo resultados con apgar de 0 a 3 en ambos grupos. Se realizó el análisis estadístico, utilizando la prueba del Chi cuadrado dando como resultado estadísticamente significativo en ambos grupos donde podemos decir que existe relación entre el estado fetal por la puntuación de Fisher y el apgar del recién nacido al minuto.

PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016

**GRÁFICO Nº 3-A**

**RELACIÓN DEL ESTADO FETAL Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO AL MINUTO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL EN TRABAJO DE PARTO**



**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016**

**TABLA Nº 3-B**

**RELACIÓN DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS CINCO MINUTOS, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL EN TRABAJO DE PARTO**

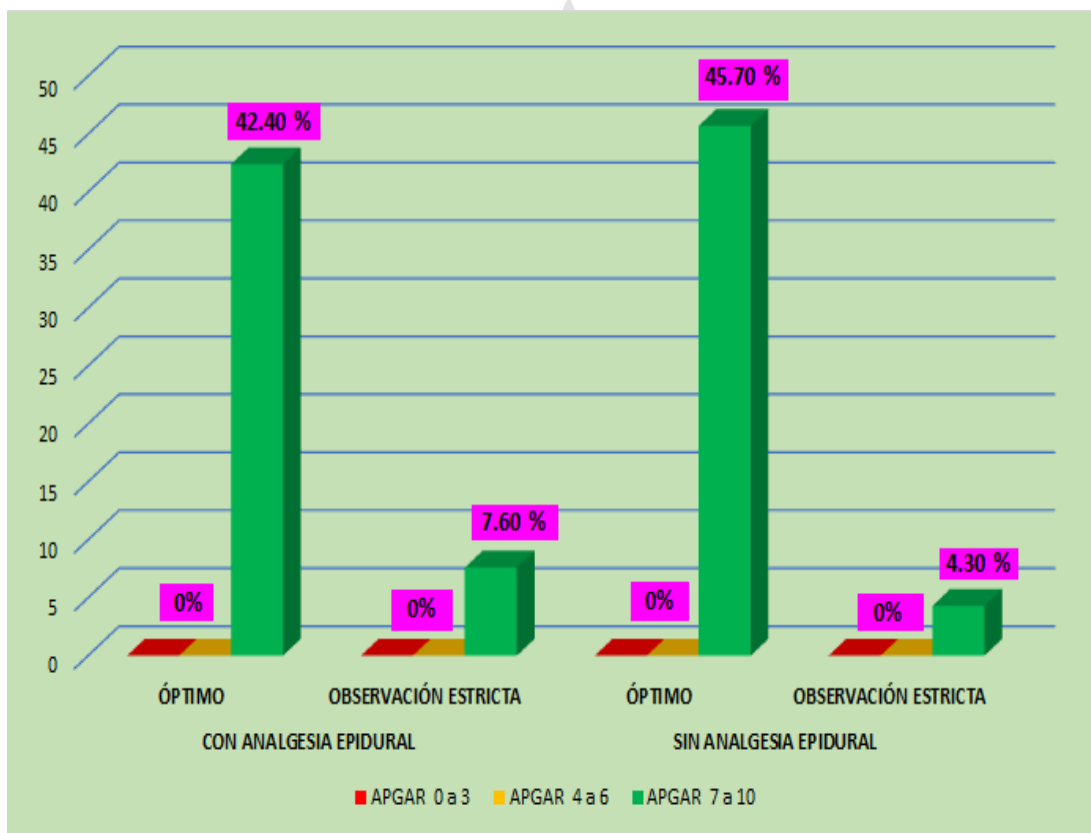
ANALGESIA EPIDURAL/ESTADO FETAL		Apgar (7-10)	
		N	%
CON ANALGESIA EPIDURAL	Optimo (8 -10)	39	42,4
	Observación estricta (5 - 7)	7	7,6
SIN ANALGESIA EPIDURAL	Optimo (8 -10)	42	45,7
	Observación estricta (5 - 7)	4	4,3

En este cuadro podemos observar el estado fetal y apgar del recién nacido a los 5 minutos, en gestantes con y sin analgesia epidural en trabajo de parto. Gestantes con analgesia epidural, estado fetal óptimo en 42,4% con apgar 7 a 10, estado fetal de observación estricta de 7,6% con apgar 7 a 10. Gestantes sin analgesia epidural, estado fetal óptimo de 45,7% con apgar 7 a 10 y estado fetal de observación estricta de 4.3% con apgar 7 a 10.

**PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO MARZO 2016**

**GRÁFICO Nº 3-B**

**RELACIÓN DEL ESTADO FETAL INTRAPARTO Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO A LOS 5 MINUTOS, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA EPIDURAL**





# DISCUSIÓN

## DISCUSIÓN

El monitoreo electrónico fetal, es una de las pruebas más utilizadas que nos proporciona una valoración de la fisiología feto placentario, lo cual evalúa el bienestar del feto y su tolerancia a un trabajo de parto, con la finalidad de ayudar en la disminución de la morbi-mortalidad. (20)

Se avalúa por este medio el pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER y apgar del recién nacido en gestantes con y sin analgesia epidural determinando así la importancia del monitoreo electrónico fetal en ambos grupos mencionados.

**En la TABLA Nº 1-A Y 1-B: -**

**Apgar del recién nacido al minuto y los cinco minutos, en gestantes con y sin analgesia epidural.**

**1-A:** En ambos grupos dieron resultados iguales en porcentajes, con apgar 4 a 6 en 1,1% y apgar 7 a 10 en 48,9%.

**1-B:** En ambos grupos dieron resultados iguales en porcentajes, con apgar 7 a 10 en 50%.

Identificando así que la analgesia epidural no interviene en el apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos.

**Concua Orellana Waleska - Guatemala 2010** (8) realizó investigación, este fue un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de 100 expedientes clínicos, teniendo como conclusiones que el bloqueo epidural como analgesia en el trabajo de parto, es un proceso seguro tanto para la madre, a quien se le

permite llevar un buen trabajo de parto, como para el recién nacido.

**Fidel Carlos y Colaboradores Lima- Perú 2015** <sup>(2)</sup>. Con la finalidad de determinar los resultados maternos y perinatales de la analgesia de parto. Con un estudio observacional, descriptivo, de casos y controles demostró que la analgesia de parto con bupivacaína-fentanil no tuvo implicancia con la obtención de recién nacidos en buenas condiciones ni aumentó de manera significativa los partos instrumentados y las cesáreas.

**Anancusi Janet Lima – Perú 2010** <sup>(9)</sup>, en su trabajo de investigación Determinó que los puntajes del apgar del recién nacido de las parturientas con y sin analgesia epidural al minuto y a los cinco minutos fueron de buenas condiciones, no hay una diferencia estadísticamente significativo.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, coinciden con las afirmaciones de los autores mencionados, donde la analgesia epidural no interviene en el apgar del recién nacido, aun mas coinciden con la autora Anancusi del cual menciona que las pacientes con y sin analgesia epidural, obtuvieron un apgar de buenas condiciones, coincidiendo con el resultado de esta investigación.

**En la TABLA Nº 2: -**

**Pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER, en gestantes con y sin analgesia epidural.**

Con analgesia epidural un estado fetal óptimo (8-10 Fisher) en 42,4% y un estado de observación estricta (5-7 Fisher) en 7,6%.

En gestantes sin analgesia epidural un estado fetal óptimo en

45,6% y un estado de observación estricta en 4,4%, no hubo resultados con mal pronóstico. Identificando así mayor porcentaje con respecto al pronóstico del estado fetal óptimo en ambos grupos.

**Silvia Arias, Lima – Perú 2010** <sup>(10)</sup> en su trabajo de investigación concluyó que la analgesia epidural con bupivacaína 0,25%, la hemodinámica materna se mantiene, el latido cardiaco fetal desciende 12 latidos/min en promedio manteniéndose entre los valores normales.

**Salazar Zoila Ecuador 2013** <sup>(7)</sup>. En su trabajo de investigación concluyo que la Monitorización cardiotocográfica fetal, nos ayuda más como prueba para valorar bienestar fetal.

Los resultados de este trabajo de investigación, coincide con los dos autores mencionados. Se demuestra la semejanza aproximada de las gestantes con y sin analgesia epidural con respecto al pronóstico del estado fetal, dando la importancia del monitoreo electrónico fetal para dicho resultado.

**En la TABLA Nº 3-A Y 3-B:**

**Relación del pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER y Apgar del recién nacido en gestantes con y sin analgesia epidural.**

**3-A con apgar al minuto:** Gestantes con analgesia epidural, un estado fetal óptimo 42,4% con apgar de 7 a 10, estado fetal de observación estricta, con apgar de 4 a 6 en 1,1% y apgar de 7 a 10



en 6,5%. Gestantes sin analgesia epidural un estado fetal óptimo de 45,6% con apgar de 7 a 10, un estado fetal de observación estricta con apgar de 4 a 6 en 1,1% y apgar de 7 a 10 en 3,3%.

Se realizó el análisis estadístico, utilizando la prueba del Chi cuadrado dando como resultado estadísticamente significativo en ambos grupos. Existe relación entre el estado fetal por la puntuación de Fisher y el apgar del recién nacido al minuto.

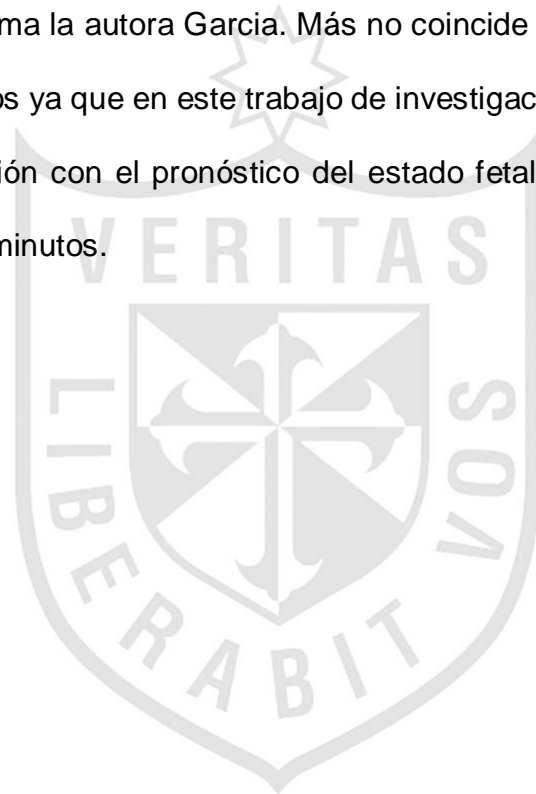
**3-B con apgar a los cinco minutos:** Gestantes con analgesia epidural un estado fetal óptimo en 42,4% con apgar de 7 a 10, un estado fetal de observación estricta de 7,6% con apgar de 7 a 10. Gestantes sin analgesia epidural un estado fetal óptimo de 45,7% con apgar de 7 a 10 y un estado fetal de observación estricta de 4.3% con apgar de 7 a 10.

**Salazar Zoila Ecuador 2013** <sup>(7)</sup>, Determinar la eficacia del monitoreo electrónico fetal para el diagnóstico de sufrimiento fetal, basado en los resultados del Apgar. En el cual participaron 346 gestantes a quienes se realizó monitoreo electrónico fetal con y sin diagnóstico de sufrimiento fetal. Concluyendo que el monitoreo electrónico fetal positivo para diagnóstico de sufrimiento fetal, resulta ser eficaz para establecer un Apgar menor a 7; así mismo, el monitoreo electrónico fetal negativo para diagnóstico de sufrimiento fetal resulta ser eficaz para establecer un Apgar mayor o igual a 7.

**García Diana Lima 2015** <sup>(11)</sup>, En su trabajo de investigación demostró que el 52.2% de los recién nacidos presentan Apgar de 7 a 10, presentando la conclusión test estresante negativo, concluyendo que existe relación con alta

significancia estadística entre la conclusión del test estresante y el puntaje Apgar del recién nacido.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, coinciden con las conclusiones de los autores mencionados, dando importancia al monitoreo electrónico fetal, para obtener el pronóstico del estado fetal, como menciona la autora Salazar y a su vez relacionarlo con el Apgar que puede obtener el recién nacido, como lo afirma la autora Garcia. Más no coincide con los resultados del apgar a los 5 minutos ya que en este trabajo de investigación da como resultado que no existe relación con el pronóstico del estado fetal y el apgar del recién nacido al los cinco minutos.



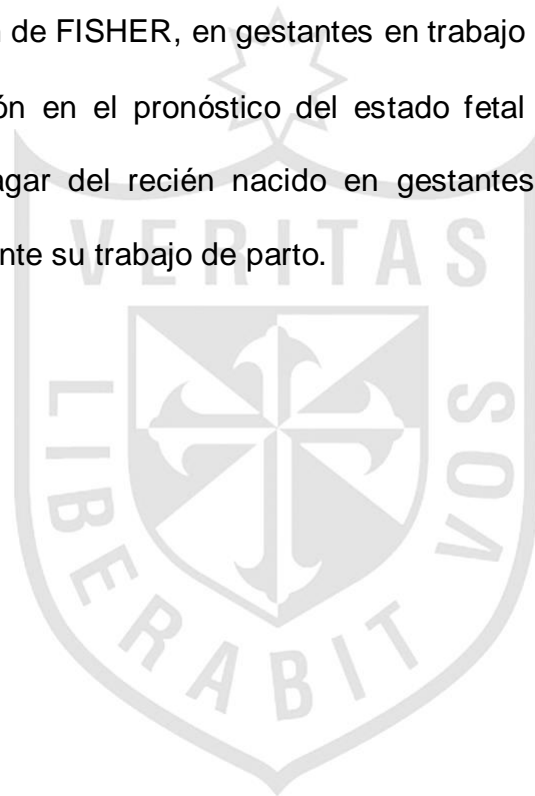


**CONCLUSIONES**  
**Y**  
**RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

De los hallazgos de la investigación, se concluye lo siguiente:

- La analgesia epidural no interviene en el apgar del recién nacido, en gestantes en trabajo de parto.
- La analgesia epidural no interviene en el Pronóstico del estado fetal por la puntuación de FISHER, en gestantes en trabajo de parto.
- Existe relación en el pronóstico del estado fetal por la puntuación de Fisher y apagar del recién nacido en gestantes con y sin analgesia epidural durante su trabajo de parto.



## RECOMENDACIONES

**A las colegas Obstetras que se encuentran en Centro Obstétrico y a los profesionales Obstetras encargados del Monitoreo electrónico fetal, se les recomienda:**

- Continuar con el trazado de monitoreo electrónico fetal intraparto antes y después de la analgesia epidural durante su trabajo de parto.
- Considerar capacitación y actualización sobre Monitoreo Electrónico fetal, para poder realizar una correcta interpretación de los resultados con el fin de evitar una morbilidad materna.
- Continuar considerando la administración de la analgesia epidural en el trabajo de parto.
- Considerar seguir investigando sobre las ventajas y desventajas de la analgesia epidural en el trabajo de parto.

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

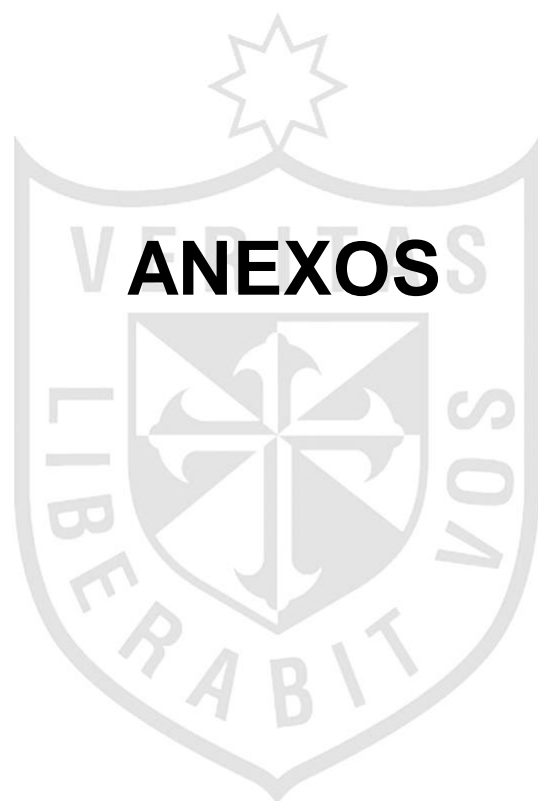
1. Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS (en línea). “Cardiotocografía Prenatal Para La Evaluación Fetal”. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-hildbirth/antenatal-care-12>
2. Fidel Carlos y Col. “Resultados maternos y perinatales de la analgesia del parto en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal”. Lima- Perú (2015).
3. Gutiérrez M. Manual de anestesiología del Instituto Nacional Materno Perinatal 2010.
4. Gallego J. y Col. “Monitorización en obstetricia”. España. Editorial Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) 2009.
5. George A. El Instituto Nacional de Salud Infantil y Recursos Humanos Desarrollo de Monitoreo Fetal Electrónico Actualización de Definiciones, Interpretación e Investigación Guidelines.2010
6. Torregrosa S. Boletín Esc. De medicina p. Universidad Católica. pag. 23. 155. 158. Chile (1994).
7. Salazar Emma. “Determinar la eficacia del monitoreo electrónico fetal para el diagnóstico de sufrimiento fetal”. Lima – Perú (2015).
8. Concuá Waleska. “Efectos del bloqueo epidural como analgesia en el trabajo de parto y apgar en el recién nacido, Hospital General de Obstetricia Pamplona, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS” Guatemala (2010).

9. Anancusi Janet. "Tiempo de duración del trabajo de parto en primigestas con y sin analgesia epidural en instituto nacional materno perinatal. Universidad San Cristobal de Huamanga. Perú (2010).
10. Arias Silvia y Col. "Bupivacaína 0.25% peridural, en la analgesia del Parto, efectos hemodinámicos en la madre y feto". Lima – Perú 2010.
11. García Diana, "Relación entre el test estresante y el apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Nacional "Maria Auxiliadora" Lima 2015.
12. Vázquez M. y Col. "Analgesia epidural en el parto y otras medidas de apoyo". Hospital Universitario de Ceuta Madrid- España.2014
13. Ana Gabriela y Col. "Comparación de analgesia en el trabajo de parto combinada (epidural-espinal) versus epidural". Guatemala (2012).
14. Gómez P y Col. "Estudio comparativo de la eficacia y seguridad de la analgesia epidural continua y la analgesia intradural-epidural para el trabajo de parto" España (2011).
15. Navarro A. Manual de Monitoreo Fetal. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2015.
16. Gavensky R. "Parto sin temor y parto sin dolor". Buenos Aires- Argentina (2010).
17. Cunningham G. "Williams Obstetricia" 23ava edición; Editorial MCGRAW-HILL.Pág. 139, 374, 500, 664.Estados Unidos 2011.
18. Leonel A. "Anestesia Obstétrica" segunda edición. Editorial el manual moderno. Pag. 3-9; 288-290. México 2008.
19. Shuwarz R. "Obstetricia". Sexta edición. Edit. El Ateneo. Pág. 368-423; 313-319; 298-522. Buenos Aires- Argentina (2005).



20. Torregrosa S. Boletín Esc. De medicina p. Universidad Católica. pag.  
23. 155. 158. Chile (1994).





**“PRONÓSTICO DEL ESTADO FETAL POR LA PUNTUACIÓN DE FISHER Y  
APGAR DEL RECIEN NACIDO, EN GESTANTES CON Y SIN ANALGESIA  
EPIDURAL, EN TRABAJO DE PARTO  
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL.  
ENERO MARZO 2016”.**

**FICHA DE DATOS**

No. de expediente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Historia clínica: \_\_\_\_\_

**Datos generales:**

Edad: \_\_\_\_\_

Edad gestacional: \_\_\_\_\_

**Con analgesia epidural:** \_\_\_\_\_ **Sin analgesia epidural:** \_\_\_\_\_

**Pronóstico del estado fetal por la Puntuación de Fisher:**

- Optimo (Fisher 8-10): \_\_\_\_\_
- Observación estricta (Fisher 5-7): \_\_\_\_\_
- Mal pronóstico (Fisher 0-4): \_\_\_\_\_

**Apgar del Recién:**

**Apgar al minuto:**

- 0 a 3 (depresión severa) \_\_\_\_\_
- 4 a 6 (depresión moderada) \_\_\_\_\_
- 7 a 10 (normal)

**Apgar a los cinco minutos:**

- 0 a 3 (depresión severa)
- 4 a 6 (depresión moderada)
- 7 a 10 (normal)

*Responsable: Anancusi Quichua, Janet Isabel*

## UNIDAD DE MEDICINA FETAL

### INFORME CARDIOTOCOGRAFICO

Nombre: \_\_\_\_\_ HC \_\_\_\_\_ Procedencia \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_ EGXFUR: \_\_\_\_\_ EGXECO: \_\_\_\_\_ AU: \_\_\_\_\_ cms

Tiempo de Ayuno: \_\_\_\_\_ hrs. Medicación Previa: \_\_\_\_\_

Indicaciones:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1. Bienestar fetal _____ <input type="checkbox"/>           | 4. RPM _____ <input type="checkbox"/>                 | 7. RCIU _____ <input type="checkbox"/>               |
| 2. Preeclampsia leve/sever _____ <input type="checkbox"/>   | 5. Mov. Disminuidos _____ <input type="checkbox"/>    | 8. Distocia Funicular _____ <input type="checkbox"/> |
| 3. Insuficiencia Placentaria _____ <input type="checkbox"/> | 6. Embarazo Prolongado _____ <input type="checkbox"/> | 9. Otros _____ <input type="checkbox"/>              |

Datos del tiempo monitoreo Total: \_\_\_\_\_ Inició: \_\_\_\_\_ Terminó: \_\_\_\_\_ Exámenes realizados:

CST: \_\_\_\_\_

• Oxitocina \_\_\_\_\_  Sensibilidad Uterina:

NST: \_\_\_\_\_  E. Positivo

• Estimulo mamario \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ mU Oxitoc/ min

S de la VCI:

Primera vez: \_\_\_\_\_  Control: \_\_\_\_\_

Primera vez: \_\_\_\_\_  Control: \_\_\_\_\_

Parámetros Observados	Puntaje		
	0	1	2
1.- Línea de base	< 100 ó > 180	100-119 ó 161-180	120-160
2.- Variabilidad	> 5 < 3	5-8 ó > 25 3-8	10-25 > 8
3.- Aceleraciones/30 min.	0	Periódico ó 1-4 es/oraciones	> 5
4.- Deceleraciones	DP II > 60% DP II > 60%	DP II < 40% Variables = 60%	Asintot
5.- Actividad fetal mov./hora	0	1-4	> 5
Puntaje Total			

#### Valores de Puntuación de Fisher

Puntuación	Estado Fetal	Puntaje	Influjo Céfalo
8-10	Riológico	Favorable	Ninguno
5-7	Dudoso	Criterio profesional	Oct *
< 4	Severa	Desfavorable	Extracción si es necesario

\* Prueba de inducción con oxitocina

Conclusiones:

T.S. Negativo  Positivo  Reactivo  No Reactivo  Insatisfactorio  Sospechoso

T.M.S. Activo  Hipoactivo  Reactivo  No Reactivo  Dudoso

Observaciones: \_\_\_\_\_

Sugerencias: Repetir en: \_\_\_\_\_ Inducción en: \_\_\_\_\_

CST en: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Obstetra responsable

Médico responsable de la Unidad

## TEST DE APGAR

SIGNO	0	1	2
<b>Latidos cardiacos por minuto</b>	Ausente	Menos de 100	100 ó más
<b>Esfuerzo Respiratorio</b>	Ausente	Irregular o debil	Regular o llanto
<b>Tono Muscular</b>	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Movimientos activos
<b>Irritabilidad Refleja</b>	Sin Respuesta	Muecas	Llanto vigoroso o tos
<b>Color de Piel</b>	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis Distal	Rosado completamente

**0-3: Depresión Severa**  
**4-6: Depresión Moderada**  
**7-10: Normal**