



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS EN
GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO 2015**

PRESENTADA POR
FLOR ANYELA CASTAÑEDA TAPIA

TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MONITOREO FETAL y
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2017



Este símbolo corresponde a la Licencia que el autor(a) (usted) autoriza para su obra.



**Reconocimiento
CC BY**

La autora permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS EN GESTANTES
CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS – PISCO 2015**

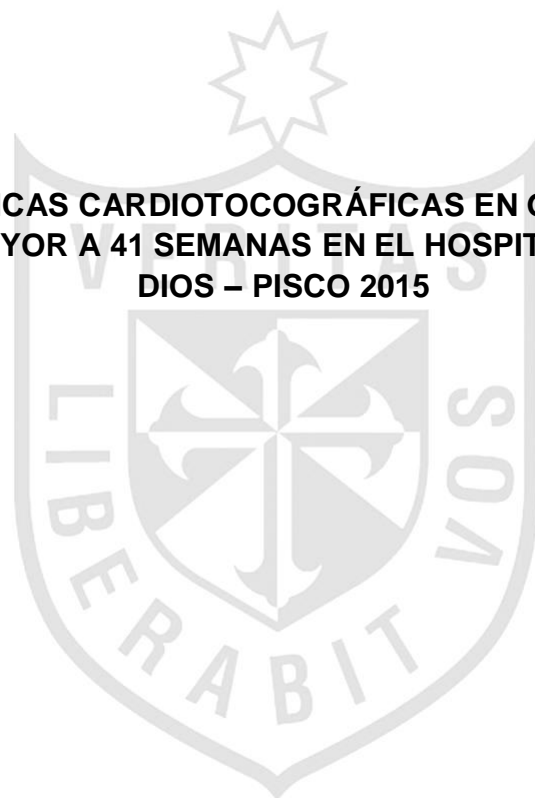
**PRESENTADA POR
FLOR ANYELA CASTAÑEDA TAPIA**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MONITOREO FETAL Y
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2017

**CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS EN GESTANTES CON
EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE
DIOS – PISCO 2015**



ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Mg. Obst. Nelly Irene Moreno Gutiérrez

Miembros del jurado

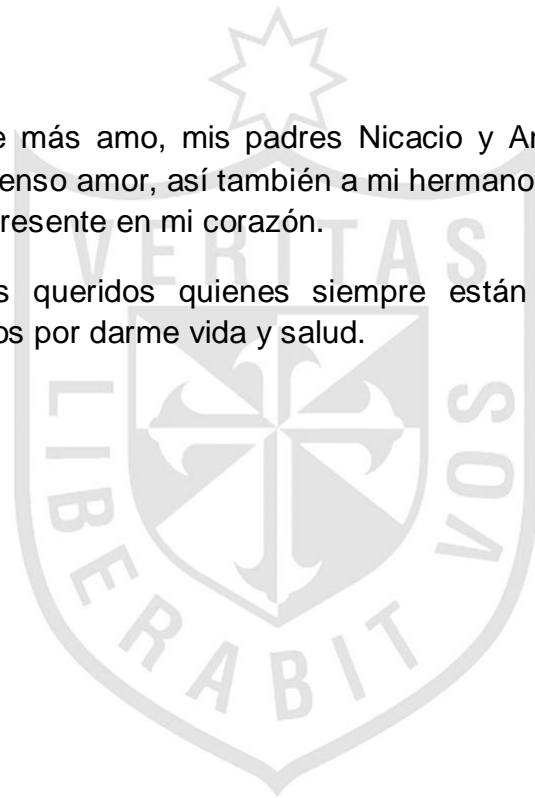
Presidente	:	Dra. Obst. Mirtha Muñoz Hidrogo.
Vocal	:	Mg. Obst. Pedro Bustios Rivera.
Secretaria	:	Mg. Obst. Yrene Mateo Quispe.



DEDICATORIA

A las personas que más amo, mis padres Nicacio y Angélica, por su apoyo invaluable y su inmenso amor, así también a mi hermano Fabio que desde muy lejos siempre está presente en mi corazón.

A todos mis seres queridos quienes siempre están dándome su apoyo incondicional y a Dios por darme vida y salud.

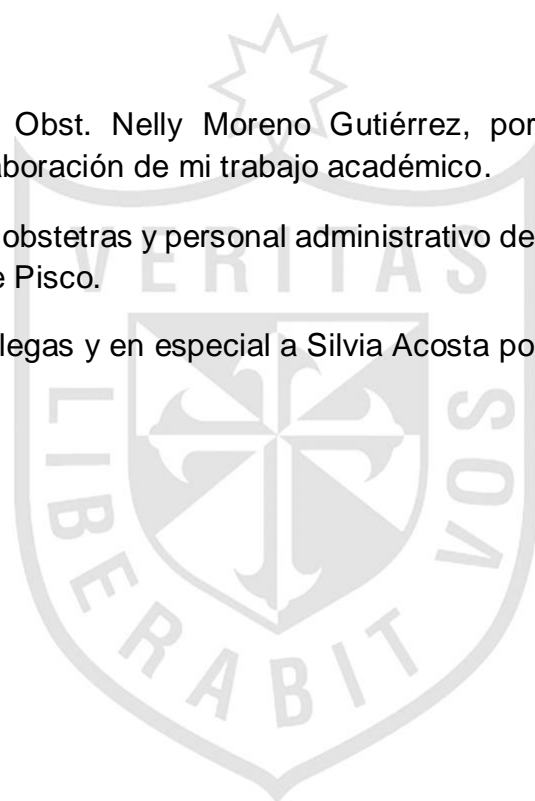


AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Mg. Obst. Nelly Moreno Gutiérrez, por su valioso apoyo y orientación en la elaboración de mi trabajo académico.

Al personal médico, obstetras y personal administrativo del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Pisco.

Con cariño a mis colegas y en especial a Silvia Acosta por el apoyo y amistad.



ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO	i
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
DISEÑO METODOLÓGICO	6
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	6
CRITERIOS DE SELECCIÓN	6
VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	7
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	9
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	10
2.7. ASPECTOS ÉTICOS	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de pagina
1	Porcentaje de gestante sometidas a la prueba cardiotocográfica.	11
2	Características generales de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.	12
3	Características obstétricas de las gestantes	14
4	Características cardiotocográficas de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas. Frecuencia cardiaca fetal.	15
5	Características cardiotocográficas de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas. Variabilidad.	16
6	Características cardiotocográficas de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas. Aceleración de la frecuencia cardiaca fetal	17
7	Características cardiotocográficas de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas. Desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal	18
8	Características cardiotocográficas de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas. Movimientos fetales.	19
9	Interpretación de resultaos.	20
10	Vía de término de parto de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.	21

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar las características cardiotocográficas en gestantes con embarazo mayor a 41 semanas en el Hospital San Juan de Dios Pisco, durante el periodo 2015.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo simple de corte transversal y retrospectivo.

Población: Conformado por 93 gestantes. **Muestra:** constituida por 69 gestantes.

RESULTADOS: Del 100% (69) gestantes sometidas a la prueba cardiotocográfica, test no estresante, 79.71% (55) fueron gestantes con embarazos en vías de prolongación, 20.29% (14) fueron gestantes con embarazos prolongados; 57.97% (40) presentaron edades entre 18-29 años, estado civil 62.32% (43) fue conviviente, ocupación 65.22% (45) fue ama de casa y el lugar de procedencia 63.77% (35) fue la zona rural; 59.42% (41) fue multigesta. 49.28% (34) fue nulípara; 49.2% (29) tuvieron frecuencia cardiaca fetal basal entre 56.52% (39) tuvieron frecuencia cardiaca fetal basal entre 120-160 lpm, 24.64% (17) <100 a > 180 lpm y 18.84% (13) entre 100-119 o 161 - 180 lpm; 55.08% (38) presentaron variabilidad de $\geq 5-9$ o > 25 lpm, 31.88% (22) $\geq 10-25$ y 13.04% (9) <5 lpm; 52.17% (36) presentaron aceleraciones ≥ 5 , 28.99% (20) tuvieron aceleraciones de 1-4, y 18.6% (13) no presentaron aceleraciones; 91.30% (63) no presentaron desaceleraciones, así mismo presentaron desaceleración tipo Dip II <40% y tipo Dip II - Dip III >60% 4.35% (3) respectivamente; 59.3% (35) presentaron más de 5 movimientos, 28.99% (16) entre 1-4 y 17.39% (12) no presentaron movimientos; 72.46% (50) fueron interpretados como reactivos, 27.54% (19) como no reactivos; la cesárea representa 73.91% (51), seguido del parto espontaneo 26.09% (18).

ABSTRACT

OBJETIVE: To identify cardiotocographic characteristics in pregnant women with pregnancy greater than 41 weeks of the San Juan de Dios Pisco Hospital during the period 2015.

METHODS: Descriptive, cross-sectional and retrospective study. Population: Conformed by 93 pregnant women. Sample: constituted by 69 pregnant women

RESULTS: Of the 100% (69) pregnant women undergoing cardiotocography, non-stressing test, 79.71% (55) were pregnant with pregnancies on prolonged routes, 20.29% (14) were pregnant with prolonged pregnancies; 57.97% (40) had ages between 18-29 years, civil status 62.32% (43) were cohabiting, occupation 65.22% (45) was homemaker and the place of origin 63.77% (35) was the rural area; 59.42% (41) were multigested. 49.28% (34) were nulliparous; 49.2% (29) had baseline fetal heart rate between 56.52% (39) had baseline fetal heart rate between 120-160 bpm, 24.64% (17) <100 at> 180 bpm and 18.84% (13) between 100-119 or 161-180 bpm; 55.08% (38) presented variability of > 5-9 or > 25 bpm, 31.88% (22) > 10-25 and 13.04% (10) <5 bpm; 52.17% (36) had accelerations > 5, 28.99% (20) had accelerations of 1-4, and 18.6% (13) had no accelerations; 78.26% (54) did not present decelerations, 91.30% (63) did not present decelerations, they also presented deceleration type Dip II <40% and type Dip II, Dip III > 60% 4.35% (3) respectively, 59.3% Presented more than 5 movements, 28.99% (16) between 1-4 and 17.39% (12) did not present movements; 72.46% (50) were interpreted as reactive, 27.54% (19) as non-reactive; Cesarean section represents 73.91% (51), followed by spontaneous delivery 26.09% (18).

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son por lo general motivo de alegría para los progenitores y las familias, también es uno de los momentos más trascendentales e importantes en la vida de una mujer, sin embargo, en determinadas circunstancias y condiciones, la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El promedio de duración de un embarazo es de 280 días o 40 semanas, en el cual la mayoría de las mujeres dan a luz entre la semana 38 y la semana 41. ⁽¹⁾

Se acepta que una gestación es prolongada cuando sobrepasa en 14 o más días la fecha probable de parto (FPP), es decir, que alcanza o supera las 42 semanas o 294 días de amenorrea comprobada. Recientemente, se plantea redefinir el embarazo prolongado a partir de la semana 41 al demostrar aumento en los resultados perinatales adversos. ⁽²⁾ El término embarazo en vías de prolongación se suele usar para referirse a aquellas gestaciones entre las 41 y 42 semanas de amenorrea. ⁽³⁾

La causa más común de Embarazo Prolongado es un inadecuado cálculo de la amenorrea, basados solo en la fecha última de la menstruación (FUM) Las tasas de mortalidad perinatal aumentan, así como las complicaciones maternas del trabajo de parto y el parto después de rebasar la fecha probable de parto, esta se incrementa a medida que el embarazo supera las 41 semanas. ⁽⁴⁾

En la actualidad uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta el Obstetra y compete a la práctica diaria, es el de conocer en todo momento el estado materno y bienestar fetal, la cual garantice la preservación de una

correcta función neurológica y función de todos los órganos tanto maternos como fetales.

Según American College of Obstetricians and Gynecologists en el año 2009, indica que el embarazo en vías de prolongación y prolongado se asocia a diferentes complicaciones obstétricas y/o perinatales, el riesgo de mortalidad fetal aumenta de forma significativa 2,5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas y se duplica a las 43 semanas. ⁽⁵⁾ Según reportes obtenidos por Cuenca Cuenca en su estudio en el año 2015 refiere que la frecuencia de los resultados neonatales adversos son menores en los bebés nacidos entre las semanas 39 y 40 de gestación. ⁽⁶⁾

En nuestro país según el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el año 2013, la incidencia es entre 6 a 12 % de todos los embarazos y varía entre el 5 y 8% de los partos, el cual ha sido considerado de alto riesgo por condicionar una mayor morbilidad perinatal, causando en la actualidad el 32% de las muertes neonatales durante el primer día de vida, siendo la principal causa las asfixias durante el nacimiento. (16%) ⁽⁷⁾

De acuerdo al ENDES 2014 la mortalidad materna fue de 93 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos; pero aún es una cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos), la tasa de Mortalidad Perinatal fue de 15 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración y el sufrimiento fetal agudo en el Perú es una de las causas más importantes de mortalidad neonatal con el síndrome de aspiración de meconio. ⁽⁸⁾

Cuando un embarazo continúa después del término, aumenta el riesgo de que el feto muera en el útero o durante el período neonatal inmediato, implica un

incremento de disfunción placentaria a lo que se le añade la distocia producida por el paso de un feto de grandes dimensiones, además entre los principales problemas de esta afección se puede mencionar, aumento de la frecuencia del diagnóstico de sufrimiento fetal agudo intraparto y síndrome de aspiración de meconio. ⁽⁹⁾

El embarazo mayor a 40 semanas, es una condición obstétrica que produce un grado de perturbación, aprensión y desasosiego muy elevado tanto en la gestante como en su familia; esto se apoya en los disímiles mitos y conocimientos que tienen las gestantes acerca del embarazo, y por tanto, se considera esta gestación como de riesgo, por la elevada frecuencia de procesos morbosos y muerte que produce en el feto. ⁽¹⁰⁾

El presente estudio va a permitir conocer si existen posibles cambios o patologías en los registros cardiotocográficos de las gestaciones mayor a 41 semanas. Esta información permitirá que el personal médico cuente con una herramienta útil basada en las características poblacionales de nuestra institución, tomar medidas de prevención, intensificar el control prenatal a fines de disminuir la morbimortalidad materno perinatal, servirá como antecedente para la ejecución de posteriores estudios que permitan incrementar el conocimiento de la obstetricia en nuestro país.

Teniendo esta realidad y considerando que el Monitoreo Electrónico Fetal es un método que nos proporciona una técnica de valoración de la fisiología feto-placentaria y que además, tomando en cuenta que en el embarazo mayor a 41 semanas se producen una serie de modificaciones inicialmente fisiológicas que pueden llegar a comprometer el bienestar fetal, por esta razón consideramos importante realizar esta investigación.

De lo descrito anteriormente, surge la necesidad de conocer la realidad de este fenómeno, y tomando en cuenta que los embarazos prolongados comprometen los resultados perinatales, consideramos necesario e importante la realización del presente estudio de investigación en nuestra Provincia, ya que la escasa información existente en nuestro país con pocos estudios y ausencia de estudios previos en el hospital, me motiva hacer esta investigación, de manera que la información obtenida en el presente trabajo servirá para que el personal médico cuente con una herramienta útil basado en los resultados encontrados, servirán también para que se mejoren ciertas áreas implicadas con estos niveles de conocimientos a fin de prevenir el costo social que tiene las complicaciones maternas y fetales que trae para el país y además, servirá como antecedente para la ejecución de posteriores estudios que permitan incrementar el conocimiento de la obstetricia en nuestro país.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características cardiotocográficas en gestantes con embarazo mayor a 41 semanas del Hospital San Juan de Dios - Pisco 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1: Objetivo general

- Identificar las características cardiotocográficas en gestantes con embarazo mayor a 41 semanas del Hospital San Juan de Dios - Pisco 2015

1.3.2: Objetivos específicos

1. Identificar el porcentaje de gestantes con embarazo en vías de prolongación y/o embarazo prolongado.
2. Identificar las características generales (grupo etario, estado civil, ocupación, lugar de procedencia) de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.
3. Identificar las características obstétricas (gravidad, paridad) de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.
4. Identificar las características cardiotocográficas con respecto a la línea de base (frecuencia cardíaca fetal) en gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.
5. Identificar las características cardiotocográficas con respecto a la variabilidad, en gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.
6. Identificar las características cardiotocográficas con respecto a las aceleraciones, en gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.
7. Identificar las características cardiotocográficas con respecto a las desaceleraciones, en gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.
8. Identificar las características cardiotocográficas con respecto a los movimientos fetales en gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.
9. Identificar el resultado final del test no estresante.
10. Identificar la vía de culminación del parto de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO METODOLÓGICO

Fue una investigación de tipo descriptivo simple, de corte transversal y retrospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo constituida por las gestantes que acudieron al servicio de Bienestar Fetal (Gineco-Obstetricia) para Monitoreo Materno Fetal electrónico durante el año 2015, y que según la Oficina de estadística fueron 93 gestantes que además tuvieron diagnóstico de embarazo en vías de prolongación y prolongado.

La muestra estuvo constituida por todas las gestantes con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación y prolongado que acudieron al servicio de Bienestar Fetal (Gineco-Obstetricia) para Monitoreo materno fetal electrónico durante el periodo del 2015, y además cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra: 69 gestantes con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación y prolongado; que además cumplieron criterios de selección.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterio de Inclusión:

- Gestantes (historia clínica) cuya edad gestacional sea igual o mayor a 41 semanas calculada por fecha última de regla y/o ecografía del primer trimestre.

- Gestante con embarazo único y feto viable sin enfermedades propias del embarazo o malformaciones fetales (detectado por examen ecográfico) y con diagnóstico de embarazo en vías de prolongación y prolongado que acudieron a la unidad de bienestar fetal del Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el periodo de enero a diciembre del 2015.

VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables

Variable 1 : Características cardiotocográficas

Variable 2 : Embarazo mayor a 41 semanas

Variable interviniente : Características Generales

VARIABLE	INDICADOR	SUBVARIABLE	ESCALA	INSTRUMENTO
VARIABLE I CARACTERÍSTICAS CARDIOGRÁFICAS	Línea Base	<100 o >180 lpm 100-119 o 161-180 lpm 120 - 160 lpm	Intervalo	Ficha clínica de recolección de datos
	Variabilidad	<5 lpm 5 - 9 o >25 lpm 10 - 25 o > 6 lpm	Intervalo	
	Aceleraciones	Ausentes 1-4 esporádicos >5	Intervalo	
	Desaceleraciones	DIP II >60% DIP III >60% DIP II <40% Ausentes	Intervalo	
	Movimientos fetales	Ausentes 1-4 >5	Intervalo	
	Interpretación de resultados	Reactivo No reactivo	Nominal	

VARIABLE II EMBARAZOS MAYOR A 41 SEMANAS	41 y 42 semanas	Embarazo en vías de prolongación Embarazo prolongado	Intervalo	Ficha clínica de recolección de datos
VARIABLES DE CONTROL CARACTERÍSTICAS GENERALES	Grupo etario Estado Civil Ocupación Procedencia Gravidad Paridad Vía de culminación del parto	12 a 17 años 18 a 29 años 30 a 59 años Soltera Conviviente Casada Ama de casa Estudiante Dependiente Independiente Urbano Rural Primigesta Multigesta Nulípara Primípara Multípara Gran multípara Vaginal Cesárea	Intervalo Nominal Nominal Nominal Nominal Ordinal Nominal	Ficha clínica de recolección de datos

2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Primero, se conversó con las autoridades de la Institución para solicitarles el permiso y apoyo necesario, a lo que obtuve respuesta positiva, por ser de interés para la mejora oportuna de atención que se merecen las gestantes del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Segundo, se asistió al servicio de obstetricia para recopilar los datos de las gestantes con embarazo mayor a 41 semanas.

Tercero, se recopiló la información en horario de tarde (14:00 pm a 18:00 pm), horarios en que la Oficina de Estadística podía proporcionarme las Historias Clínicas de las gestantes, se realizó la recopilación de información durante los meses junio-Julio del 2016, esta información se registró en la ficha clínica de recolección de datos.

La fuente de información fue indirecta, se utilizaron historia clínica de gestantes. Se elaboró una ficha de recolección de datos, de acuerdo a las variables y los objetivos del presente estudio. La ficha de recolección comprendió de 14 ítems y estuvo estructurada en 4 partes:

- I. Características generales
- II. Características obstétricas
- III. Características cardiotocográficas
- IV. Características del parto

2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Una vez completada la información extraídas de las historias clínicas, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión, las fichas se ordenaron, enumeraron y codificaron para ingresarla la información en la base de datos del paquete estadístico SPSS, posteriormente se realizó el análisis estadístico de porcentaje y frecuencia. Así mismo se elaboró tablas simples y doble entrada con sus respectivos gráficos, para tener una visión panorámica de los resultados.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

Previa colecta de datos, el proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de ÉTICA de la Institución hospitalaria.

La presente investigación se realizó sobre la base de revisión retrospectiva de los datos existentes en las historias clínicas. Como tal no hubo necesidad de utilizar el documento informado y se aseguró plena confidencialidad a través del estudio el cual fue totalmente inocuo para la gestante, los datos fueron recolectados de fuentes secundarias.

Las fichas fueron custodiadas por el investigador y se usó exclusivamente con fines de investigación.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015

TABLA Nº 1
PORCENTAJES DE GESTANTES CON EMBARAZOS MAYORES A 41 SEMANAS SOMETIDAS A LA PRUEBA CARDIOTOCOGRÁFICAS.

Edad Gestacional	N	%
≥41 a 42 semanas (embarazo en vías de prolongación)	55	79.71%
42semanas a más (embarazo prolongado)	14	20.29%
Total	69	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación.

En la tabla **Nº1**, se describen la cantidad de gestantes sometidas a la prueba cardiotocográficas, test no estresante, 79.71 % (55) fueron gestantes con embarazo en vías de prolongación, 20.29 % (14) fueron gestante con embarazo prolongado.

**CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO
MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015**

TABLA Nº 2

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES CON
EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS**

Características	Gestantes					
	≥41-42 semanas		>42 semanas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo Etario						
12-17 años	8	11.59 %	3	4.35 %	11	15.94 %
18-29 años	32	46.38 %	8	11.59 %	40	57.97 %
30-59 años	15	21.74 %	3	4.35 %	18	26.09 %
Total	55	79.71 %	14	20.29 %	69	100.00 %
Estado civil						
Soltera	14	20.29 %	2	2.90 %	16	23.19 %
Conviviente	35	50.72 %	8	11.59 %	43	62.32 %
Casada	6	8.70 %	4	5.80 %	10	14.49 %
Total	55	79.71 %	14	20.29 %	69	100.00 %
Ocupación						
Ama de casa	37	53.62 %	8	11.59 %	45	65.22 %
Estudiante	4	5.80 %	2	2.90 %	6	8.70 %
Dependiente	8	11.59 %	3	4.35 %	11	15.94 %
Independiente	6	8.70 %	1	1.45 %	7	10.14 %
Total	55	79.71 %	14	20.29 %	69	100.00 %
Lugar de Procedencia						
Urbana	21	30.43 %	4	5.80 %	25	36.23 %
Rural	34	49.28 %	10	14.94 %	44	63.77 %
Total	55	79.71 %	14	20.29 %	69	100.00 %

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación.

En la tabla **Nº 2**, se describen las características generales de las participantes del estudio, se pudo observar que 57.97 % (40) presentaron edades entre 18-29 años.

Respecto al estado civil se describen que 62.32 % (43) fue conviviente.

En cuanto a su ocupación, se obtuvo que 65.22 % (45) fue ama de casa.

El lugar de procedencia más frecuente fue la zona rural, 63.77 % (44).



CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRAFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015

**TABLA Nº 3
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES**

Características	Gestantes					
	≥41-42 semanas		> 42 semanas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Gravidad						
Primigesta	20	28.99 %	8	11.59 %	28	40.58 %
Multigesta	35	50.72 %	6	8.70 %	41	59.42 %
Total	55	79.71 %	14	20.29 %	69	100.0 %
Paridad						
Nulípara	31	44.93 %	3	4.35 %	34	49.28 %
Primípara	15	21.74 %	7	10.14 %	22	31.88 %
Múltipara	9	13.04 %	4	5.8%	13	18.84 %
Granmultípara	0	0.00 %	0	0.0%	0	0.00 %
Total	55	79.71 %	14	20.29 %	69	100.0 %

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación.

En la tabla **Nº 3**, se describen las características obstétricas de las participantes del estudio, en cuanto a la gravidad, se encontró 59.42 % (41) fue multigesta, de las cuales 50.72 % (35) correspondieron a embarazo en vías de prolongación y 8.70 % (6) prolongado.

Con respecto a la paridad, 49.28 % (34) fue nulípara, de las cuales 44.93 % (31) correspondieron a embarazos en vías de prolongación y 4.35 % (3) prolongado.

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015

**TABLA Nº4
CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS
FRECUENCIA CARDIACA FETAL**

		Gestantes					
		41- 42 semanas		>42 semanas		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Frecuencia Cardíaca fetal	<100 a > 180	12	17.39 %	5	7.25%	17	24.64 %
	≥100-119 o ≥161 -180	11	15.94 %	2	2.90 %	13	18.84 %
	≥120- 160	32	46.38 %	7	10.14 %	39	56.52 %
	Total	55	79.71%	14	20.29 %	69	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación.

En la tabla Nº 4, se describen las características de la frecuencia cardíaca fetal, 56.52 % (39) tuvieron frecuencia cardíaca fetal basal entre ≥120- 160 lpm, 24.64 % (17) <100 a > 180 lpm y 18.84 % (13) entre ≥100-119 o ≥161 - 180 lpm.

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRAFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015

**TABLA Nº 5
CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS DE LA FRECUENCIA
CARDIACA FETAL EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41
SEMANAS**

VARIABILIDAD

		Gestantes				Total	
		41- 42 semanas		>42 semanas		Total	
		N	%	N	%	N	%
Variabilidad	< 5	7	10.14%	2	2.90%	9	13.04%
	≥5 - 9 o >25	33	47.83%	5	7.25%	38	55.08%
	≥10 - 25	15	21.74%	7	10.14%	22	31.88%
	Total	55	79.71%	14	20.29%	69	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación.

En la tabla Nº 5, se describen las características de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal, 55.08% (38) presentaron variabilidad de $\geq 5-9$ o >25 lpm, 31.88% (22) $\geq 10-25$ y 13.04% (9) < 5 lpm.

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015

**TABLA Nº 6
CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS FRECUENCIA CARDIACA FETAL EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS**

ACELERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

		Gestantes				Total	
		41- 42 semanas		>42 semanas			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aceleraciones	Ausente	9	13.04%	4	5.80 %	13	18.6%
	1-4	18	26.09%	2	2.90 %	20	28.99%
	≥5	28	40.58%	8	11.59 %	36	52.17%
	Total	55	79.71%	14	20.29 %	69	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación.

En la tabla Nº 6, se describen las características de las aceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, se obtuvo 52.17% (36) presentaron aceleraciones ≥ 5 , 28.99% (20) tuvieron aceleraciones de 1-4, y 18.6% (13) no presentaron aceleraciones.

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRAFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015

TABLA Nº 7

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS

DESACELERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

		Gestantes				Total	
		41- 42 semanas		> 42 semanas			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desaceleraciones	Dip II - Dip III > 60%	2	2.90%	1	1.45%	3	4.35%
	Dip II <40%	2	2.90%	1	1.45%	3	4.35%
	Ausentes	51	73.91%	12	17.39%	63	91.30%
	Total	55	79.71%	14	20.29%	69	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación.

En la tabla **Nº 7**, se describen las características de las desaceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal, se observó que 91.30% (63) no presentaron desaceleraciones, así mismo presentaron desaceleración tipo Dip II <40% y tipo Dip II, Dip III >60 % 4.35% (3) respectivamente.

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015

TABLA Nº 8

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRÁFICAS DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS

MOVIMIENTOS FETALES

Gestantes							
		41- 42 semanas		>42 semanas		Total	
		Nº	%	N	%	Nº	%
Movimientos Fetales	Ausentes	8	11.59%	4	5.80%	12	17.39%
	1- 4	17	24.64%	3	4.35%	20	28.99%
	≥5	30	43.48%	7	10.14%	37	53.62 %
	Total	55	79.71%	14	20.29%	69	100.00 %

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación.

En la tabla Nº 8, se describen las características de los movimientos fetales, se apreció que 59.3 % (35) presentaron más de 5 movimientos, 28.99 % (16) entre 1-4 y 17.39 % (12) no presentaron movimientos.

**CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRAFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A
41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015**

**TABLA Nº 9
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Gestantes							
		41- 42 semanas		➤ 42 semanas		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Interpretación	Reactivo	41	59.42%	9	13.04%	50	72.46%
	No reactivo	14	20.29%	5	7.25%	19	27.54%
	Total	55	79.71%	14	20.29%	69	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación

En la tabla **Nº 9**, se describen la interpretación de los resultados del monitoreo electrónico fetal, test no estresante, 72.46% (50) fueron interpretados como reactivos, 27.54% (19) como no reactivos.

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRAFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO 2015

TABLA Nº 10

VÍA DE TÉRMINO DE PARTO DE LAS GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A 41 SEMANAS

Terminación de Parto	41- 42 semanas		>42 semanas		Total	
	N	%	N	%	N	%
vaginal	12	17.39%	6	8.70%	18	26.09%
Cesárea	43	62.32%	8	11.59%	51	73.91%
Total	55	79.71%	14	20.29%	69	100.00%

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de la investigación

En la tabla **Nº 10**, se describen la vía de término del parto de las pacientes del estudio, se obtuvo 73.91% (51) de las participantes terminaron en un parto por cesárea, 26.09% (18) en parto vaginal.

DISCUSIÓN

El embarazo prolongado está asociado con un incremento de la morbimortalidad perinatal y materna ⁽²⁾

Tabla I: En el presente estudio, se encontró que según la edad gestacional, 79.71% (55) corresponden a embarazos en vías de prolongación, 20.29% (14) prolongados, resultados similares obtuvo Yactayo Castillo en su investigación realizada en el 2014 encontró que, las gestantes sometidas a prueba cardiotocográficas, test no estresante, 72% (43) fueron embarazos en vías de prolongación, 28% (17) embarazo prolongado. ⁽¹⁹⁾ Del mismo modo en el año 2013 García Álvarez encontró en su investigación que, 70.37% (57) fueron embarazos en vías de prolongación y 29.63% (24) prolongados. ⁽¹⁸⁾ Datos mayores obtuvo en su investigación Curay Ruiz en el año 2015, encontrando que 94.7% (143) embarazos fueron en vías de prolongación y 5.3% (8) tuvieron una edad gestacional mayor a 42 semanas. ⁽¹⁶⁾ El presente estudio se demostró predominio de gestaciones en vías de prolongación, en forma coincidente con los resultados reportados por Yactayo Castillo y García Álvarez.

Tabla II: Con respecto a las características generales, en este estudio se encontró que las edades con mayor porcentaje fluctuaron entre 18-29 años 57.97% (40), datos diferentes a la presente investigación encontró García Álvarez en el año 2013 quien reportó que las edades con mayor porcentajes fluctuaron entre 20-35 (64.20%) ⁽¹⁸⁾ Del mismo modo Curay Ruiz en el año 2015 encontró en su investigación que, 64.9 % (98) fueron mujeres adultas entre 20-35 años. ⁽¹⁶⁾ Resultados que coinciden con la teoría de Schwarcz, quien refiere que en el embarazo prolongado la edad más frecuente son madres menores de 35 años. ⁽¹⁰⁾

Referente al estado civil, el estado de convivencia representa 62.32% (47), resultados que difieren con la investigación realizada por Cuenca Cuenca en el año 2014, reportó que el estado civil con más frecuencia fue casada 50% (45) ⁽⁶⁾ Con respecto a la ocupación en este estudio se encontró que 65.22 % (45) fue ama de casa, datos similares encontró Cuenca Cuenca en su estudio realizado en el año 2014, obtuvo que la ocupación más frecuente fue ama de casa 71.2% (65) ⁽⁶⁾

Con respecto al lugar de procedencia en el presente estudio se encontró que 63.77 % (44) fue la zona rural, datos diferentes encontró Cuenca Cuenca en su estudio realizado en el año 2014, obtuvo que la zona de procedencia más frecuente fue la zona urbana 65.60% (59) ⁽⁶⁾

Tabla III: Con respecto a las características obstétricas, en este estudio se encontró que 59.42% (41) fue multigesta. Datos diferentes encontró García Álvarez en el año 2013 reportó en su investigación que, 56.79% (46) fueron gestantes primigestas y 39.51% (32) multigesta.

Referente a la paridad en este estudio se encontró que 49.28% (34) fue nulípara, datos mayores encontró García Álvarez en el año 2013 reportó en su investigación que, 70.37% (57) fueron nulíparas y con un bajo porcentaje 18.52% (15) primíparas. ⁽¹⁸⁾ Datos menores encontró Galarza López quien reporta en su investigación en el año 2011 que, 41.7% (43) de gestantes fueron nulíparas, 31.15% (32) primíparas, 26.2% (27) multíparas, y 1% (1) gran multíparas. ⁽¹⁵⁾ El presente estudio demostró predominio de la gestante nulípara, en forma coincidente con los resultados reportados por García Álvarez. Schwarcz, refiere según la teoría, que los embarazos prolongados son más frecuentes en mujeres nulíparas. ⁽¹⁰⁾

Tabla IV: Con respecto a la frecuencia cardiaca fetal, 56.52% (39) tuvieron frecuencia cardiaca fetal basal entre 120 - 160 lpm, 24.64% (17) <100 a > 180 lpm y 18.84% (13) entre 100-119 o 161 -180 lpm, resultados mayores encontró García Álvarez en su investigación realizada en el año 2013 reportó que, 95.83% (46) tuvieron frecuencia cardiaca fetal basal entre 120 - 160 lat/min y 4.17% (2) frecuencia cardiaca fetal basal mayor a 160 lat/min. ⁽¹⁸⁾ Datos diferentes encontró en su investigación Galarza López quien reportó en el año 2011 que, 39.8% (41) la línea de base se encontró entre 140 - 149 lat/min, solo se encontraron 3 casos con línea de base patológica, 2 de ellos (1.9%) con línea de base menor a 120 lat/min y 1 caso (1.0%) con línea de base mayor a 160 lat/min. ⁽¹⁵⁾ Los resultados del presente estudio y las investigaciones citadas, demuestran un predominio de frecuencia cardiaca fetal basal entre 120 - 160 lpm, sin embargo se evidencia un porcentaje considerable de la frecuencia cardiaca fetal basal > 160 lpm, la literatura menciona que en los embarazos patológicos y en los mayores de 40 a 41 semanas la frecuencia cardiaca fetal se incrementa como mecanismo compensatorio a la insuficiencia placentaria. ⁽⁹⁾

Tabla V: En relación a la variabilidad, 55.08% (38) presentaron variabilidad de $\geq 5-9$ o ≥ 25 lpm, 31.88% (22) $\geq 10-25$ y 13.04% (10) <5 lpm, resultados que se asemeja a la investigación realizada por Galarza López quien reportó en el año 2011 que, 56.3% (58) presentaron variabilidad entre $\geq 5 - 9$ lat/min y 43.7% (45) presentaron variabilidad entre $\geq 10 - 25$ lat/min. ⁽¹⁵⁾ Por otro lado resultados diferentes encontró en su investigación García Álvarez en el año 2013 quien reportó que, 85.42% (41) presentaron variabilidad moderada y 14.58% (7) variabilidad mínima. ⁽¹⁸⁾ Según resultados obtenidos en la presente investigación la variabilidad tiende a disminuir a medida que aumente el embarazo.

Tabla VI: Referente a las aceleraciones, se obtuvo 52.17% (36) presentaron aceleraciones ≥ 5 , 28.99% (20) tuvieron aceleraciones de 1-4, y 18.6% (13) no presentaron aceleraciones, resultados mayores encontró en su la investigación García Álvarez en el año 2013 reportó que, 72.92% (35) presentaron ≥ 5 aceleraciones, 14.58% (7) no presentaron aceleraciones, y tuvieron solo una aceleración 12.50% (6) ⁽¹⁸⁾ Del mismo modo encontró en su investigación Galarza López en el año 2011, 70.9% (73) tuvieron aceleraciones presentes, 19.4% (20) no presentaron ninguna aceleración y solo 9.7% (10) tenían aceleraciones disminuidas. ⁽¹⁵⁾ La presencia de aceleraciones determina la reactividad fetal, es por ello que frente a la presencia de una disminución o ausencia de aceleraciones se debe sospechar de un sufrimiento fetal agudo. ⁽³⁷⁾ Los resultados del presente estudio y las investigaciones citadas, demuestran un predominio de aceleraciones, sin embargo se evidencia un porcentaje considerable de ausencia y disminución de la aceleración.

Tabla VII: Referente a las desaceleraciones, 91.30% (63) no presentaron desaceleraciones, así mismo presentaron desaceleración tipo *Dip II* <40% y tipo *Dip II - Dip III* >60 % 4.35% (3) *respectivamente*, resultados similares encontró García Álvarez en el año 2013, quien reportó que, 87.50% (42) no presentaron desaceleraciones 6.25% (3) tuvieron presencia de desaceleraciones variables. ⁽¹⁸⁾ Datos menores encontró Galarza López en su investigación el año 2011, 79.6% (82) presentaron ausencia de desaceleraciones, le siguen en frecuencia 15.5% (16) donde hubo presencia de desaceleraciones en menos del 40% de la prueba y 2.9% (3) que presentaron desaceleraciones en más del 60% de la prueba. ⁽¹⁵⁾ Los resultados del estudio y las investigaciones citadas, demuestran un mayor porcentaje de ausencia de desaceleraciones, sin

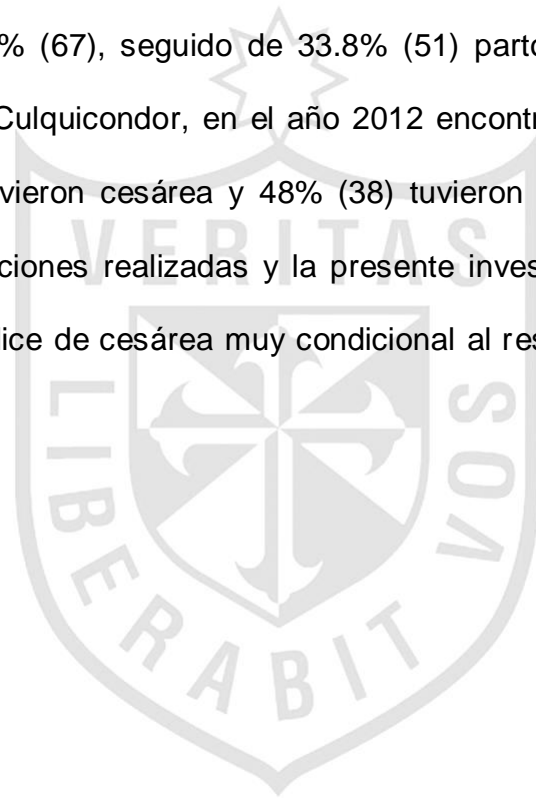
embargo se evidencia un porcentaje considerable de presencia de desaceleraciones tipo Dip II .

Tabla VIII: Referente a los movimientos fetales, 59.3% (35) presentaron más de 5 movimientos, 28.99% (16) entre 1-4 y 17.39% (12) no presentaron movimientos, datos mayores obtuvo en su investigación García Álvarez en el año 2013, quien encontró que, 81.25% (39) presentaron >2 movimientos, 14.58% (7) presentaron solo uno y 4.17% (2) no presentaron movimientos fetales ⁽¹⁸⁾ Del mismo modo datos mayores encontró Galarza López el año 2011, reportó que, 99.0% (102) la actividad fetal fue normal y en sólo 1.0% (1) los movimientos fetales estaban disminuidos. ⁽¹⁵⁾ En relación a la actividad fetal, se puede observar que los movimientos fetales no se modificaron pese a la edad gestacional.

Tabla IX: Con respecto a la interpretación de resultados, 72.46 % (50) fueron interpretados como reactivos, 27.54% (19) como no reactivos, resultados que se asemejan a la investigación realizada por García Álvarez quien encontró en el año 2013 que, 72.92% (35) fueron reactivos y 27.08% (13) fueron interpretados como no reactivos. ⁽¹⁸⁾ Datos mayores encontró Yactayo Castillo en su investigación realizada en el año 2013, reportó que, 95% (57) tuvieron test no estresante reactivo, de ellas 68% (41) correspondieron a embarazos en vías de prolongación, y 27% (16) a embarazo prolongado, 5% (3) tuvieron test no estresante no reactivo, de ellas 2% (1) correspondió a embarazo prolongado y 3% (4) a embarazos en vías de prolongación. ⁽¹⁹⁾ Por otro lado resultados similares a la presente investigación reporto Curay Ruiz en el año 2015, encontró que, 70.2% (106) fueron resultados reactivos y el 11.9% (18) resultados no reactivos. ⁽¹⁶⁾ Las diferentes investigaciones realizadas y la presente

investigación muestra que la mayor parte de gestantes sometidas a pruebas cardiotocográficas, test no estresante, tuvieron resultados reactivos es decir se halló bienestar fetal, pero sin embargo se evidencia un porcentaje considerable de resultados no reactivos.

Tabla X: Con respecto a la culminación de parto, la cesárea representa 73.91% (51), seguido del parto espontaneo 26.09 % (18), datos menores encontró Curay Ruiz en su investigación en el año 2015 donde reportó que, la cesárea representa en 44.3% (67), seguido de 33.8% (51) parto espontáneo. ⁽¹⁶⁾ Así mismo Huayllasco Culquicondor, en el año 2012 encontró en su investigación que, 51.3% (40) tuvieron cesárea y 48% (38) tuvieron parto vaginal. ⁽²⁰⁾ Las diferentes investigaciones realizadas y la presente investigación muestra que existe un mayor índice de cesárea muy condicional al resultado obtenido de la prueba.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Del total de la muestra (69), 79.71% (55) fueron gestantes con embarazos en vías de prolongación, 20.29% (14) fueron gestantes con embarazos prolongados, se pudo observar que predominó más los embarazos en vías de prolongación y finalizaron su parto a esta edad gestacional. Lo cual demuestra según nuestra investigación y la de diferentes autores que los partos mayores de 42 semanas están disminuyendo.
- En las características generales, el grupo etario para los embarazos mayor a 41 semanas, estuvo comprendido entre 18-29 años, seguidos del grupo etario 30-59 años. El estado civil más frecuente fue conviviente 62.32% (43), la ocupación más frecuente fue ama de casa 65.22% (45), 63.77% (44) correspondieron a procedencia de zona rural.
- En las características obstétricas, en este estudio se obtuvo que el mayor porcentaje fueron multigestas 59.42% (36), de las cuales 50.72% (35) correspondieron a embarazos en vías de prolongación y 8.70% (6) a embarazos prolongados. La paridad más frecuente fue nulípara 49.28% (34), de las cuales el 44.93% (31) correspondieron a embarazos en vías de prolongación y 4.35% (3) a embarazos prolongados.

- 56.52 % (39) tuvieron frecuencia cardiaca fetal basal entre $\geq 120 - 160$ lpm, 24.64 % (17) < 100 a > 180 lpm y 18.84 % (13) entre $\geq 100-119$ o $\geq 161 - 180$ lpm.
- En relación a la variabilidad, 55.08 % (38) presentaron variabilidad de $\geq 5-9$ o ≥ 25 lpm, 31.88% (22) $\geq 10-25$ y 13.04% (10) < 5 lpm. 16.9% (9)
- 52.17 % (36) presentaron aceleraciones ≥ 5 , 28.99% (20) tuvieron aceleraciones de 1-4, y 18.6 % (13) no presentaron aceleraciones.
- 91.30% (63) no presentaron desaceleraciones, así mismo presentaron desaceleración tipo Dip II $< 40\%$ y tipo Dip II - Dip III $> 60\%$ 4.35% (3) respectivamente.
- Se encontró que 59.3 % (35) presentaron más de 5 movimientos, 28.99 % (16) entre 1-4 y 17.39 % (12) no presentaron movimientos.
- Referente a la interpretación de los resultado del test no estresante, 72.46 % (50) fueron interpretados como reactivos, 27.54% (19) como no reactivos.
- La vía de culminación de parto que predominó más fue la cesárea con 73.91% (51) de las participantes terminaron en un parto por cesárea, 26.09% (18) en parto vaginal.

RECOMENDACIONES

A los directivos:

- Continuar con la implementación de equipos para la unidad de bienestar fetal para optimizar la correcta realización de las pruebas cardiotocográficas con la finalidad de cubrir la demanda hospitalaria y aumente el porcentaje de gestantes sometidas a esta prueba.
- Brindar capacitación permanente para los profesionales de obstetricia que laboran en el área y así mejorar la oportuna toma de decisiones ante casos patológicos para la reducción de las tasas de morbimortalidad perinatal.

A los obstetras:

- Continuar con la concientización a la población gestante sobre la importancia de realizarse una prueba cardiotocográfica.
- Continuar con la vigilancia estricta del estado del feto y de la placenta, de manera tal que se pueda descartar alguna complicación que pueda alterar la evolución normal del feto y la madre.
- Continuar con la difusión de la importancia de una adecuada atención prenatal, que implique el inicio precoz de esta, para así poder calcular correctamente la edad gestacional, con el fin de minimizar los riesgos y poder tomar las medidas preventivas ante cualquier complicación.

- Continuar realizando y promover investigaciones acerca de monitoreo electrónico fetal, en sus diferentes modalidades, con la finalidad de optimizar el manejo de las gestantes y así contribuir con la disminución de la morbimortalidad perinatal en nuestra región y país.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice Society for MaternalFetal Medicine, 2013.
2. Cifuentes R., Obstetricia de Alto Riesgo.7ªed.Colombia: Edit. Distribuna; 2011.
3. Cunningham G., Leveno K. y Colb. Williams Obstetrics. 23ªEd. New York: Edit.McGraw-Hill Professional Publishing; 2009.
4. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Embarazo Cronológicamente Prolongado. Madrid: SEGO; 2010.p 38-49.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists [«ACOG committee opinion no. 561: Nonmedically indicated early-term deliveries»](#). ObstetGynecol 121:9115. [doi:10.1097/01.AOG.0000428649.57622.a7](#). [PMID 23635710](#); 2009.
6. Cuenca E. Relación entre el Test No Estresante y los Resultados Perinatales en Embarazos en Vías de prolongación atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. [Tesis]. Lima:Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2015.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de salud Familia. Lima – Perú, 2014
8. Ministerio de Salud. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus Departamentos. Ministerio de Salud, Lima- Perú; 2013.

9. Okusanya B. Cardiotocografía Prenatal para la Evaluación Fetal: Comentario de la BSR. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2010.
10. Schawarcz R.; Fescina R.; Duverges C.; Obstetricia 6ª ed. España: Edit. El Ateneo; 2011. p.468-477.
11. Balestena J.,González K.,Balestena J. Efectos del Embarazo Postérmino en eventos Relacionados con el Nacimiento y el Neonato. [Tesis]. Pinar del Rio: Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río; 2014
12. Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2ªed. Lima: Edit. REP SAC 2007: p.1268-1270.
13. Programa Nacional Salud de la Mujer. Guía Perinatal. Ministerio de Salud. Chile; 2015.
14. Carrasco D, Valladares C. Valor Predictivo del Monitoreo Fetal en el Embarazo en Vías de Prolongación y Prolongado. RevMed Pos UNAH 2009; 388-393.
15. Galarza C.Hallazgos Cardiotocográficos en Gestantes con Embarazo Prolongado en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana 2011.
16. Curay A. Resultados Obstétricos y Perinatales en Embarazos en Vía de Prolongación y Prolongados Atendidos en el Hospital Rezola de Cañete [Tesis]. Lima: Universidad San Martin De Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2014.

17. Flores A. Resultados Cardiotocográficos en Gestantes con Embarazos Prolongados y el Estado Neonatal Inmediato, en el Hospital Regional de Ayacucho [Tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristobal de Huamanga. Facultad de Obstetricia; 2015.
18. García M. Hallazgos del Monitoreo Electrónico Fetal Externo de las Gestantes con Embarazo en Vía de Prolongación y Prolongado en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen [Tesis]. Huancayo: Universidad San Martin De Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2013.
19. Yactayo I. Relación de hallazgos cardiotocográficos externo en gestantes con embarazos en vías de prolongación y prolongado con el Apgar del recién nacido Hospital de Ventanilla [Tesis]. Lima: Universidad San Martin De Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2015.
20. Huayllasco M. Asociación del resultado del monitoreo electrónico fetal con la vía de culminación del parto de las gestantes del Hospital Jorge Voto Bernales Es Salud [Tesis]. Lima: Universidad San Martin De Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2011.
21. Celi A. Relación Clínica del Monitoreo Electrónico Fetal y su Determinación para el tipo de parto en el Área de Gineco Obstetricia del Hospital Isidro Ayora [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja, Facultad de Medicina Humana; 2015.

22. Balestena J. Comportamiento del embarazo Postérmino y su Asociación con diferentes factores maternos [Tesis]. Pinar del Río: Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río; 2015.
23. Chango P, Velos A. Valor Predictivo del Monitoreo Fetal Anteparto para determinar Complicaciones del Neonato al Nacimiento en Mujeres Embarazadas entre 18-35 años en la Unidad Metropolitana de Salud Sur [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina; 2014.
24. Balestena J., Gonzales K., Balestena A. Efectos del Embarazo Postérmino en eventos relacionados con el nacimiento y el neonato Hospital General Docente Abel Santa María [Tesis]. Pinar del Río: Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río; 2014.
25. Fajardo C., Valladares C. Valor Predictivo Monitoreo Electrónico Fetal Pre Parto en el Embarazo Cronológicamente Prolongado [Tesis doctoral]. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Facultad de Medicina; 2010.
26. Angulo J., Medina F. Hallazgos Cardiotocográficos en el Embarazo Cronológico Prolongado Hospital Central Universitario [Tesis]. Venezuela; 2012.
27. Hospital Infantil Universitario de San José. Guía clínica de manejo de Embarazo prolongado. Bogotá, 2014.
28. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de Procedimiento en Obstetricia y Perinatología. Lima-Perú, 2010.

29. Subsecretaría de Salud Pública. Guía perinatal. Ministerio de Salud, Chile. 2014.
30. Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". Guía de práctica clínica. Nuevas y actualizadas del Departamento de Gineco-obstetricia. Ministerio de Salud. Lima - Perú, 2012.
31. Frailuma M, Dericco M, Repetto J. Guía de Práctica Clínica Embarazo de 41 semanas. Buenos Aires: Hospital Ramón Sardá; 2011.
32. Arenas G. Navarro A. Embarazo Prolongado. Obstetricia integral Siglo XXI, Colombia; 2010, p. 223-240.
33. Dueñas O, Díaz M. Controversia e Historia del Monitoreo Cardíaco Fetal. Rev. Invest. Clin. 2011; 63(6) 659-663.
34. Huamán L. Monitoreo Electrónico Fetal Cardiotocografía. 1ª ed. Lima: Edit. Columbus SRL; 2010.
35. Parra M. Pruebas de Vigilancia Fetal. Obstetricia del siglo XXI. Colombia; 2010 p. 447-517.
36. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Unidad de Vigilancia del Bienestar Fetal. Guía de Procedimientos Asistencial del Monitoreo Electrónico Fetal anteparto (NST) .En el Ministerio de Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2014.
37. Gallo M. Monitorización Biofísica Fetal. Colección de Medicina Fetal y Perinatal. 2ª ed. España: Edit. Revinter; 2011. p. 135-144.

38. Pérez M, Fabre E. Control del Estado Fetal: Cardiotocografía. En Obstetricia y Ginecología. 2da ed. Barcelona: Edit. Ariel; 2004 p. 193-214.
39. Cabero L, Cabrillo E, Abad L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Buenos Aires, Edit. Médica Panamericana; 2006. p.328-344.
40. Torres G, Galicia M. Adherencia a las Guías de Práctica Clínica de Control Prenatal en la Consulta de la UMF 64. Veracruz-México, 2013.



ANEXO 1

TEST DE FISHER MODIFICADO

PARAMETROS OBSERVADOS	PUNTAJE		
	0	1	2
Línea de base	< 100 ó > 180	≥100 – 119 ó ≥161 - 180	≥120 - 160
Variabilidad	< 5	≥ 5 – 9 o ≥25	≥10 – 25
Aceleraciones	ausentes	1-4	≥5
Desaceleraciones	DIP II > 60% DIP III > 60%	DIP II < 40% DIP III < 40%	Ausentes
Actividad Fetal	ausentes	1-4	≥5

Valores de Puntuación

PUNTUACIÓN	PRONÓSTICO
8 – 10	Óptimo
5 – 7	Observación estricta
< 4	Mal pronóstico

ANEXO 2

CARACTERÍSTICAS CARDIOTOCOGRAFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MAYOR A
41 SEMANAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS-PISCO. 2015

FICHA CLINICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº: _____ FECHA: _____ N° HC: _____

I. Características Generales:

1. Edad:

- 12 a 17 años 18 a 29 años 30 a 59 años

2. Estado Civil:

- Soltera Casada
 Conviviente Otros.....

3. Ocupación:

- Ama de casa Dependiente (obrera, empleada)
 Estudiante Independiente (comerciante)

4. Procedencia:

- Urbano Rural

II. Características Obstétricas:

5. Edad gestacional:

Diagnóstico de edad gestacional

- ≥41 a 42 semanas(Vías de prolongación) > 42 semanas(Prolongado)

6. Gravidad:

- Primigesta (01 embarazo)
 Multigesta (02 embarazo a mas)

7. Paridad:

- Nulípara(0 partos) Primípara(01 parto)

Gran multípara (más de 6 partos)

- Multípara (2 a 5 partos)
-

III. Características Cardiotocográficas, prueba no estresante (NST)

8. Frecuencia cardiaca fetal:

- < 100 o > 180 lpm
- $\geq 100-119$ o $161-180$ lpm
- $\geq 120-160$ lpm

9. Variabilidad:

- < 5
- $\geq 5-9$ o > 25
- $\geq 10 - 25$

10. Aceleraciones:

- Ausente
- 1 - 4
- ≥ 5

11. Desaceleraciones:

- DIP II $>$, DIP III $> 60\%$
- DIP II $< 40\%$
- Ausentes

12. Movimientos fetales:

- Ausente
- 1-4
- ≥ 5

13. Interpretación NST

- Reactivo
- No Reactivo

IV. Características del Parto:

14. Culminación de parto:

- Vaginal
- Cesárea

