

“AÑO DEL SERVICIO DEL BUEN CIUDADANO”
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N°. 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**“RESULTADOS PERINATALES EN EL RECIÉN NACIDO DE
GESTANTES PRE ECLÁMPTICAS CON TEST
ESTRESANTE EN EL HOSPITAL SUB REGIONAL DE
ANDAHUAYLAS 2016”**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**PRESENTADO POR:
Obsta. QUINTANA OLARTE, Alexs**

HUANCAMELICA – PERÚ

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 30 días del mes de MAYO a las 8:00 AM horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis

del (la) Bachiller:

QUINTANA OLARTE ALEXIS

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES

Secretario : Mg. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA

Vocal : Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

TEST ESTROBANTE Y RESULTADOS PERINATALES EN EL RECIEN NACIDO DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUYLAS DEL AÑO 2016

Presentado por el (la) Bachiller:

QUINTANA OLARTE ALEXIS

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, concluyendo a las 8:55 AM horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 30 de MAYO 2018.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

[Firma]
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

[Firma]
Mg. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA
SECRETARÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E P/OBSTETRICIA

[Firma]
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
VOCAL

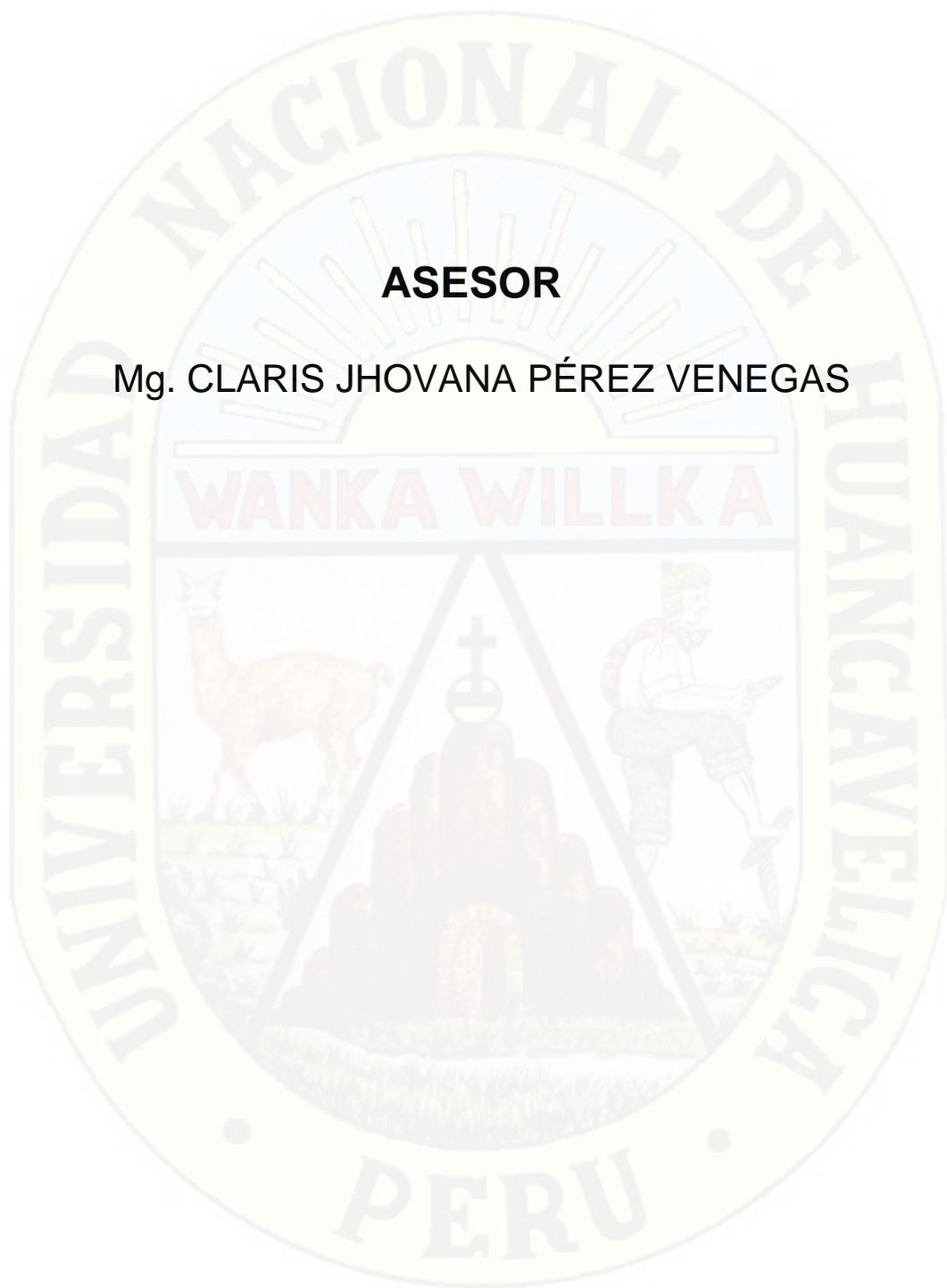
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
E.A.P. OBSTETRICIA

[Firma]
Obsta. Ada Lizbeth Cerco
DOCENTE

VºBº SECRETARIA DOC.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

[Firma]
Mg. [Nombre]
DOCENTE PRINCIPAL



ASESOR

Mg. CLARIS JHOVANA PÉREZ VENEGAS

Al Señor de Huanca, divino todopoderoso, a mi familia, en especial a mi madre Alejandra por sus sabios consejos y apoyo moral, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi hijo Thiago Valentino, por ser el motor y motivo para tener la fuerza necesaria para continuar hacia adelante ya que es una parte importante en mi vida.

ALEXS

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Huancavelica y a la facultad de Ciencias de la Salud por darme la oportunidad de lograr mis objetivos y por su esfuerzo en bien de la Educación.

A la Mg. Claris J. Pérez Venegas, por su apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

A los maestros de la Facultad de Ciencias de la Salud, por sus valiosas enseñanzas y colaboración desinteresada en el mejoramiento de nuestro trabajo de investigación.

Al director del Hospital Sub Regional de Andahuaylas y a todo el equipo de colegas de salud de dicho establecimiento por las facilidades brindadas para obtener información necesaria para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Autor

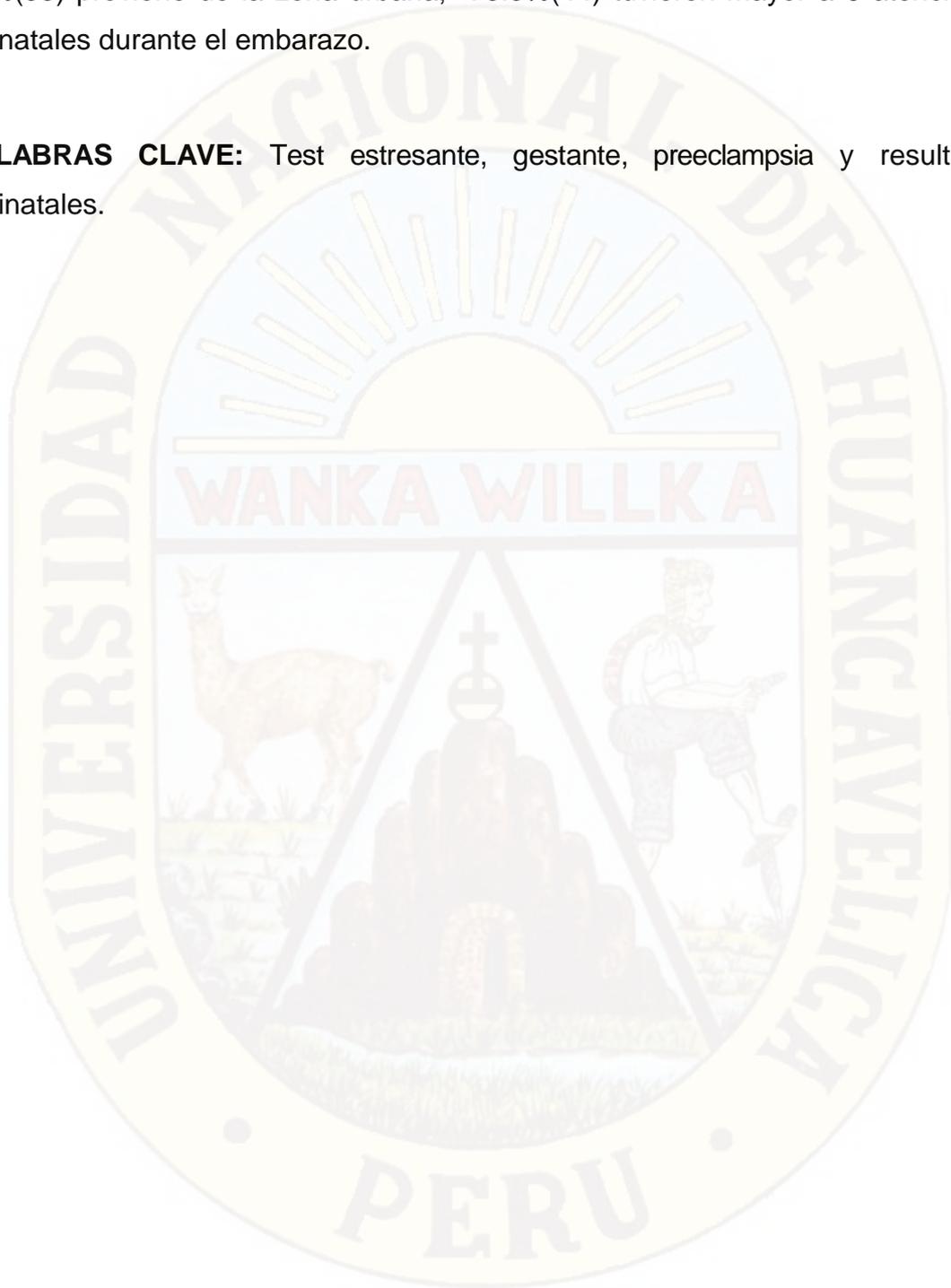
RESUMEN

El presente trabajo de Investigación se llevó a cabo en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas. **Objetivo:** Determinar los resultados perinatales en el recién nacido de gestantes pre eclámpicas con test estresante en el Hospital sub regional de Andahuaylas 2016. **Metodología:** El Tipo de investigación básica, método inductivo de diseño no experimental, el nivel es descriptivo, **Muestra:** Se desarrolló en 60 gestantes con diagnóstico de preeclampsia a quienes se les realizó el test estresante. **Procesamiento y análisis de datos:** se realizó en el programa Excel – 2010 y el programa SPSS, Versión 21,0. **Resultado:** Se encontró que el 48.3% de las gestantes tuvieron entre las edades de 16 y 24 años. Grado de instrucción de primaria en 58.3%. Estado civil resultó un 75% ser convivientes. Procedencia, resultó un 33% que proceden del margen urbano. La edad gestacional tuvo como resultado el 70% se encuentran entre las 37-41 semanas de edad gestacional. El 73.3% resultaron con mayor de seis controles prenatales. En el sexo del recién nacido se halló un 58.3% fueron de sexo femenino. APGAR al minuto y cinco minutos del recién nacido fue como resultado el 95% de APGAR normal. Peso del recién nacido se encontró entre 2500-3900 gramos equivaliendo al 78%. Talla del recién nacido tuvo como resultado menor a 50 cm. Equivaliendo a un 80%. Y finalmente del tipo de parto de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante resultando un 61.7% fue cesárea. **Conclusiones:** Se Identificó Los resultados perinatales en el recién nacido de gestantes pre eclámpicas con test estresante en el Hospital sub regional de Andahuaylas en el año 2016. El 70% (42) nacieron entre la semana 37 y 41 semanas de gestación; el Apgar al minuto y a los cinco minutos fueron normales con un 95%(57); el 78.3%(47) tuvieron un peso de 2500 gramos a 3900 gramos, el 80% (48) tuvo una talla menor a 50 centímetros y 61.7% (37) nacieron por cesárea.

Entre las características demográficas de las gestantes pre eclámpicas con test estresante en el Hospital Sub regional de Andahuaylas. En relación a la edad el 48.3%(29) tuvieron de 16 a 24 años; mientras que el 58.3%(35) alcanzaron una

educación primaria; en cuanto al estado civil el 75%(45) conviven con su pareja; 55%(33) proviene de la zona urbana; 73.3%(44) tuvieron mayor a 6 atenciones prenatales durante el embarazo.

PALABRAS CLAVE: Test estresante, gestante, preeclampsia y resultados perinatales.



ABSTRACT

The present research work was carried out in the Sub-Regional Hospital of Andahuaylas. **Objective:** To determine the perinatal results in the newborn of pre-eclstatic pregnant women with stress test in the sub-regional hospital of Andahuaylas 2016. **Methodology:** The type of basic research, non-experimental design inductive method, the level is descriptive, Sample: Developed in 60 pregnant women diagnosed with preeclampsia who underwent the stress test. Processing and analysis of data: it was carried out in the Excel - 2010 program and the SPSS program, Version 21.0. **Result:** The perinatal results in the newborn of preeclamptic pregnant women with stress test in the Sub-Regional Hospital of Andahuaylas found that 48.3% of the pregnant women were between the ages of 16 and 24 years. Primary education grade at 58.3%. Marital status was 75% living together. Origin, 33% came from the urban area. The gestational age resulted in 70% being between 37-41 weeks of gestational age. 73.3% resulted with more than six prenatal check-ups. In the sex of the newborn, 58.3% were female. APGAR to the minute and five minutes of the newborn was as a result 95% of normal APGAR. Weight of the newborn was between 2500-3900 grams, equivalent to 78%. Newborn size resulted in less than 50 cm. Equivalent to 80%. And finally the type of delivery of pregnant women with preeclampsia who performed the stress test resulting in 61.7% was cesarean section. **Conclusions:** The perinatal results in the newborn of preeclamptic pregnant women with stress test in the sub-regional hospital of Andahuaylas in 2016 were identified. 70% (42) were born between week 37 and 41 weeks of gestation; the Apgar at minute and five minutes were normal with 95% (57); 78.3% (47) had a weight of 2500 grams at 3900 grams, 80% (48) had a size less than 50 centimeters and 61.7% (37) were born by caesarean section.

Among the demographic characteristics of pre-eclstatic pregnant women with stress test in the Sub-regional Hospital of Andahuaylas. In relation to age, 48.3% (29) were between 16 and 24 years old; while 58.3% (35) reached a primary education; in terms of marital status 75% (45) live with their partner; 55% (33) comes from the urban area; 73.3% (44) had more than 6 prenatal care during pregnancy.

KEY WORD: Stressful test, pregnancy, preeclampsia and perinatal results.

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Fundamentación del problema.....	13
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema General	15
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.3.1. Objetivo General	16
1.3.2. Objetivos Específicos	16
1.4. Justificación e importancia.....	16
1.5. Factibilidad de la investigación.....	17
CAPÍTULO II.....	19
MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.1.1. Internacionales	19
2.1.2. Nacionales	23
2.1.3. Locales	24
2.2. Bases teóricas	25
2.2.1. EL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL	25
2.2.2. PRE ECLAMPSIA	30
2.3. Hipótesis general.....	33
2.4. Definiciones de términos (12).....	33
2.5. Identificación de variable.....	35
2.6. Operacionalización de variables	35
CAPÍTULO III.....	37
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.1. Tipo de investigación	37
3.2. Nivel de investigación	37
3.3. Métodos de investigación.....	37
3.4. Diseño de investigación	38
3.5. Población, muestra y muestreo.....	38
3.5.1. Población	38
3.5.2. Muestra	38
3.5.3. Criterios de Selección	38
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	39
3.6.1. Técnica	39
3.6.2. Instrumento	39
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	39
4.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS:	40

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
VI. CONCLUSIONES	55
VII. RECOMENDACIONES	56
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
Referencias.....	57
IX. ANEXOS	58



ÍNDICE DE TABLAS:

TABLA 1: EDAD DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016	35
TABLA 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016	36
TABLA 3: ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST 2016	37
TABLA 4: PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016	38
TABLA 5: EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016	39
TABLA 6: NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016.....	40
TABLA 7: SEXO DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016	41
TABLA 8: APGAR AL MINUTO DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016	42
TABLA 9: APGAR A LOS CINCO MINUTOS DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016.....	43
TABLA 10: PESO DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016	44
TABLA 11: TALLA DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016	45
TABLA 12: TIPO DE PARTO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIAZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016.....	46

INTRODUCCIÓN

El monitoreo electrónico fetal se introdujo masivamente en la práctica clínica como método seguro y eficaz de evaluación del estado de la salud fetal en la gestación identificando si existe o no compromiso fetal mediante el registro simultaneo de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas de la madre. Este tipo de test se encarga de la vigilancia del feto, por lo que debe ser una de las conductas a seguir de forma frecuente, más aun en gestantes consideradas de alto riesgo obstétrico, como es la que presentan preeclampsia, por una posible amenaza o daño fetal.

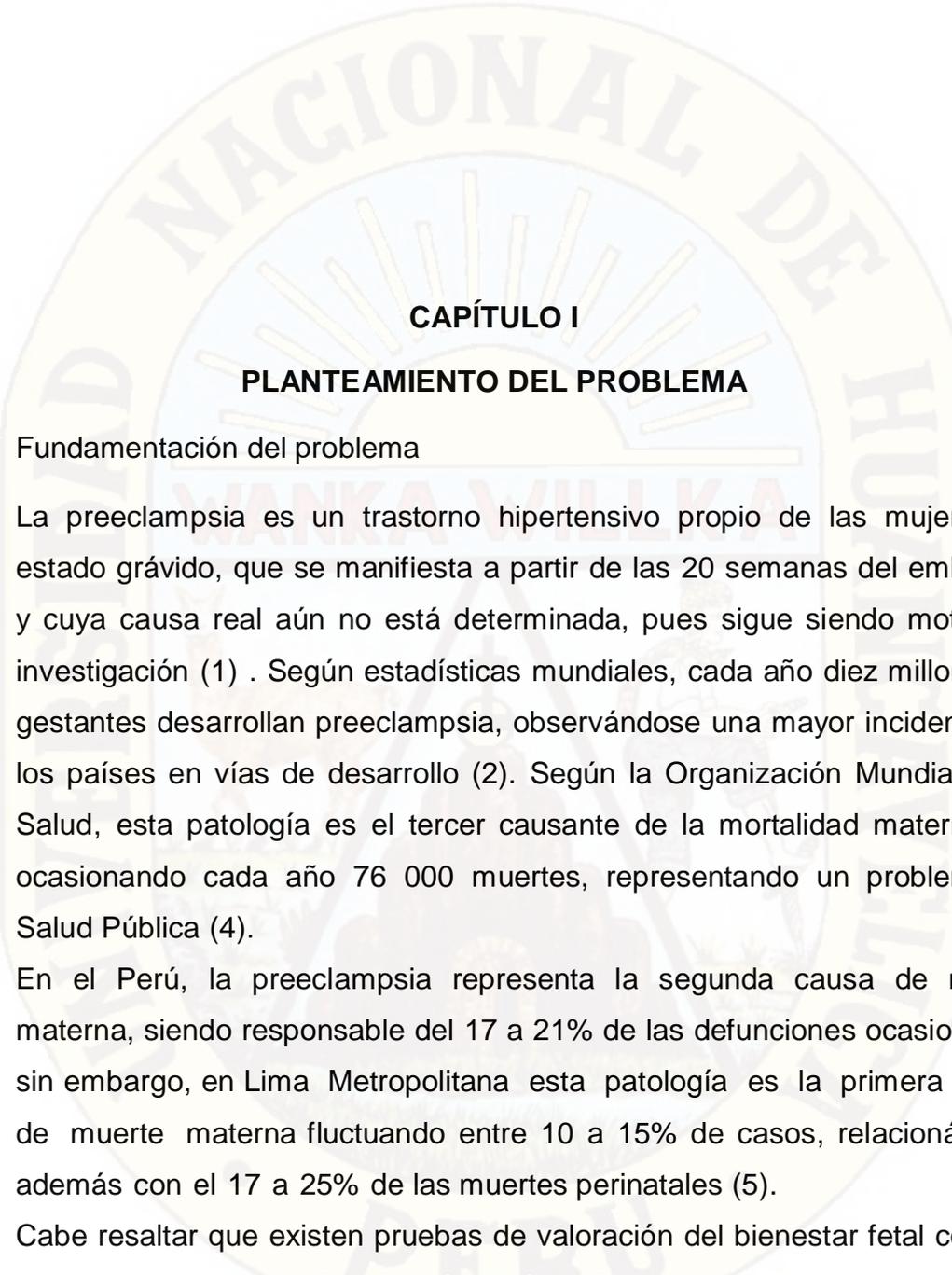
La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas y que constituye un problema de salud pública al repercutir significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal. A nivel mundial, su incidencia es de 2-10% en los embarazos y constituyen la tercera causa de mortalidad materna con un 12%.

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2012 se estimó que la incidencia de preeclampsia es de siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2.8% y 0.4% de los nacidos vivos respectivamente), por otro lado, en América Latina y el Caribe, los trastornos Hipertensivos representan la causa de 25.7% de muertes materna. En el Perú, la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna representada por el 17% de muertes, en cambio en los Hospitales como EsSalud del país y en Lima Ciudad es la primera causa de muerte materna, relacionándose con el 17^a 25% de las muertes perinatales y es la principal causa de retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de Hellp, etc. Edad mayor de 40 años, obesidad entre otros, no obstante la morbilidad hospitalaria por preeclampsia aún sigue aumentando, por lo que esta patología requiere de una especial atención, pues al no ser diagnosticada a tiempo puede generar complicaciones y poner en peligro al binomio madre – niño (1).

Cabe resaltar que existen pruebas de valoración de bienestar fetal como el test estresante o prueba de tolerancia a las contracciones, el cual fue el primer test de reserva fetal. Esta prueba es indicada en gestantes con preeclampsia, embarazo

prolongado, diabetes mellitus, etc. Para lograr un mejor conocimiento del estado del feto antes del parto y evaluar la reserva placentaria y fetal, de tal manera que se tomen las medidas terapéuticas necesarias que eviten complicaciones materno- perinatales.

Con la ayuda del monitoreo, algunos estudios han evaluado resultados cardiotocográficos en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo con la finalidad de observar las principales características de los parámetros contemplados en la lectura. A si mismo se requiere de una buena interpretación del trazado cardiotocográficos para un diagnóstico certero, que permitan decisiones obstétricas adecuadas, por lo que con este estudio se busca describir los resultados perinatales en gestantes pre eclámpticas con test estresante en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas del año 2016.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo propio de las mujeres en estado grávido, que se manifiesta a partir de las 20 semanas del embarazo y cuya causa real aún no está determinada, pues sigue siendo motivo de investigación (1) . Según estadísticas mundiales, cada año diez millones de gestantes desarrollan preeclampsia, observándose una mayor incidencia en los países en vías de desarrollo (2). Según la Organización Mundial de la Salud, esta patología es el tercer causante de la mortalidad materna (3), ocasionando cada año 76 000 muertes, representando un problema de Salud Pública (4).

En el Perú, la preeclampsia representa la segunda causa de muerte materna, siendo responsable del 17 a 21% de las defunciones ocasionadas, sin embargo, en Lima Metropolitana esta patología es la primera causa de muerte materna fluctuando entre 10 a 15% de casos, relacionándose además con el 17 a 25% de las muertes perinatales (5).

Cabe resaltar que existen pruebas de valoración del bienestar fetal como el test estresante o prueba de tolerancia a las contracciones, el cual fue el primer test de reserva fetal propuesto a inicios de los años 70 por Pose, de la escuela de Montevideo, basado en la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal a la presencia de contracciones inducidas.

En México, (2) publicaron un trabajo titulado “La frecuencia cardíaca fetal en pacientes con diagnóstico de pre eclampsia leve y grave”, en el

que hallaron que en el grupo pre eclampsia leve, la frecuencia cardiaca fetal fue de 135.5 lpm y en el grupo de preeclampsia grave fue de 137.7 lpm.

En Bulgaria, (3) llevaron a cabo una investigación titulada “Monitoreo cardiográfico (prueba no estrés) en los embarazos, complicado por la preeclampsia”, donde se observaron que al ingreso en el 82,80% (n=427) de las pacientes con preeclampsia, las lecturas de test estresante se encontraron normal y en el 17,20% (n=89) se encontraron los registros de NST patológica.

En Perú (4) efectuó un trabajo titulado “Hallazgos de monitoreo electrónico fetal en pacientes con preeclampsia. Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero a diciembre 2012” donde observo que los resultados cardiotocográficos del test estresante en las gestantes con preeclampsia fueron en el 100% con una línea de base normal, una variabilidad mínima (<5) en 58.9%, presencia de aceleraciones en el 79.5%, ausencia de desaceleraciones en el 83.6%, presencia de contracciones regulares en el 90.4% y la conclusión que se obtuvo en el 73.3% fue negativo reactivos.

Este es el motivo por el cual la condición del feto debe ser evaluada en su forma clínica, bioquímica, biofísica y durante el trabajo de parto mediante el registro continuo de la frecuencia cardiaca fetal, de las contracciones y de los movimientos fetales. He aquí que en la práctica clínica se introdujo una herramienta que evalúa el estado de salud fetal anteparto e intraparto, que es el monitoreo electrónico fetal, esta técnica identifica la presencia de algún compromiso fetal, mediante el registro de diferentes parámetros, principalmente para algunas indicaciones específicas como es la presencia de patologías maternas (preeclampsia, HTA, RPM, etc.) Que requieren una vigilancia del feto que generan conductas pertinentes a seguir.

En el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, una de las principales complicaciones maternas durante el año 2015, ha sido la preeclampsia, habiéndose diagnosticado aproximadamente 1200 casos, considerándose este un grave problema de salud al que hay que abordar con cautela por las diversas consecuencias negativas que ocasiona sobre la salud materna y

fetal. Respecto a esta última, se conoce que la preeclampsia genera ciertas alteraciones a nivel del bienestar fetal, tal como se ha venido observándose de forma frecuente en la clínica, dentro de ellas está la mala oxigenación (hipoxia crónica fetal) y desnutrición, por ello algunos recién nacidos presentan lesiones neurológicas irreversibles, lo cual los convierte en una carga social (6).

Es por ello que a nivel nacional esta protocolizado la realización de monitoreo electrónico fetal para evaluar el bienestar fetal en diversas complicaciones maternas, una de ellas es la preeclampsia, para determinar las conductas a seguir por parte del profesional de salud en pro de un buen resultado materno fetal. Así también es importante una adecuada interpretación del trazado cardiotocográfico para un diagnóstico definitivo que permitan conductas obstétricas oportunas, a la vez se ha observado que en algunos casos, la valoración diagnóstica no ha coincidido con resultados perinatales, puesto que se ha observado falsos positivos, lo cual incrementa el número de cesáreas innecesarias, teniendo al final como resultado un recién nacido sano. Por tanto con este estudio se busca determinar la relación del test estresante y los resultados perinatales en las gestantes con preeclampsia atendidos en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, durante el año 2016, con la finalidad de hallar si efectivamente existe esta relación entre estas dos variables para la realización de conductas más pertinentes.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los resultados perinatales en el recién nacido de gestantes pre eclámpicas con test estresante en el hospital sub regional de Andahuaylas 2016?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar los resultados perinatales en el recién nacido de gestantes pre eclámpticas con test estresante en el hospital sub regional de Andahuaylas 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Determinar las características demográficas de las gestantes pre eclámpticas con test estresante en el hospital sub regional de Andahuaylas 2016.
- ✓ Determinar la resultante perinatal en el recién nacido de gestantes pre eclámpticas con test estresante en el hospital sub regional de Andahuaylas 2016.

1.4. Justificación e importancia

Desde una perspectiva profesional, se justifica la realización de este estudio, ya que el obstetra, según la ley de carrera médica N° 28686, abarca el campo de la obstetricia, desde una perspectiva de compromiso que permite velar la salud materno-fetal, interviniendo en diferentes actividades hacia la madre gestante, mediante la realización de este tipo de exámenes complementarios, como lo es el monitoreo electrónico fetal en la práctica clínica. Es así que se busca que dichos profesionales conozcan estos resultados de la investigación, consiguiendo optimizar la atención oportuna de la gestante con preeclampsia y con ello actuar de forma pertinente evitando un perjuicio en la salud materna y fetal.

A nivel del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, hay un beneficio que se generará con los resultados de este estudio, puesto que las conclusiones estarán al alcance de la población médica, evaluándose a la par los principales hallazgos en este grupo de gestantes con dicha patología, permitiendo un mejor abordaje no solo al encontrar obstáculos neonatales, sino sugerirá una mejor evaluación en la realización del monitoreo y si se encontrase fallas se podrá sugerir la corrección de los mismos.

Con los resultados del presente estudio se podrá confirmar, de forma objetiva, si el monitoreo electrónico fetal, específicamente el test estresante, predice una alteración en el feto, ratificando los datos al final del parto a través, de los resultados perinatales (Apgar al minuto, a los 5 minutos, líquido amniótico, tipo de parto, etc.). Esto permitirá evaluar la forma de realización del monitoreo y si se encontrase fallas o problemas podría sugerirse la corrección de los mismos a través de una supervisión continua de la técnica. Por otro lado se podría proponer a largo plazo, la mejora de las técnicas de lectura de los parámetros, con la finalidad de brindar una atención segura y de calidad tanto para la madre como para el recién nacido.

Asimismo será una herramienta científica de alcance para la comunidad científica y estudiantil, que deseen conocer sobre la eficacia de esta valoración cardiotocográfica, ya que de los resultados obtenidos se podrían generar otras investigaciones, lo cual aumentaría evidencia relacionada a monitoreo y patologías maternas

1.5. Factibilidad de la investigación

El estudio fue factible, ya que se contó con los recursos humanos, económicos y materiales para la realización de la investigación, fue autofinanciado.

El estudio por ser descriptivo, de acuerdo a la temporalidad fue transversal, estos datos fueron recabados del pasado (año 2016), por lo que las variables no pudieron ser medidas de manera directa, lo cual no pudo ser problema en el estudio para obtener datos precisos.

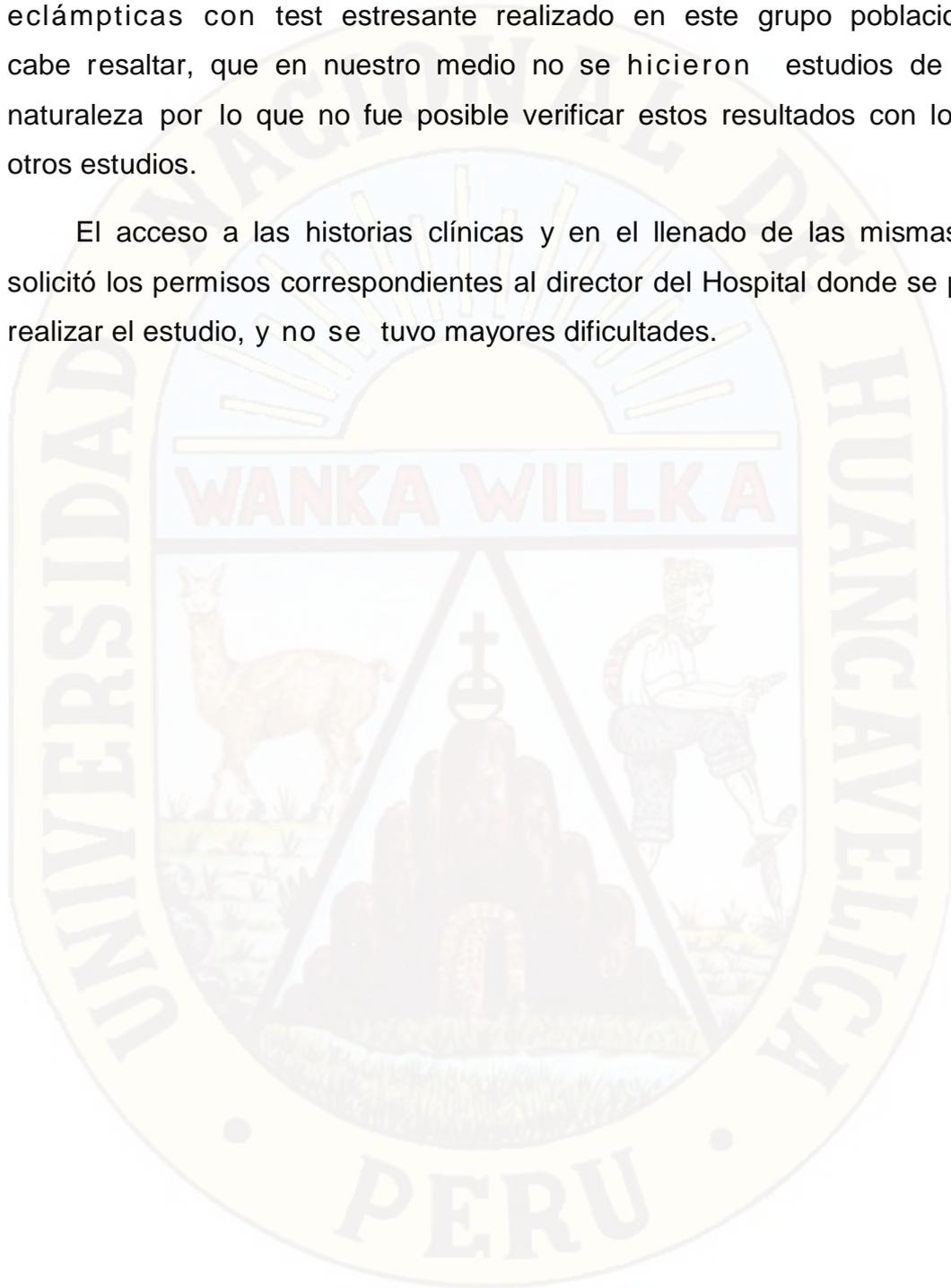
Con este estudio se logró la participación de la población muestral, también se tuvo acceso a los registros del monitoreo fetal electrónico ya que el lugar donde se realizó este estudio fue en un Hospital docente donde priorizan estudios de este tipo.

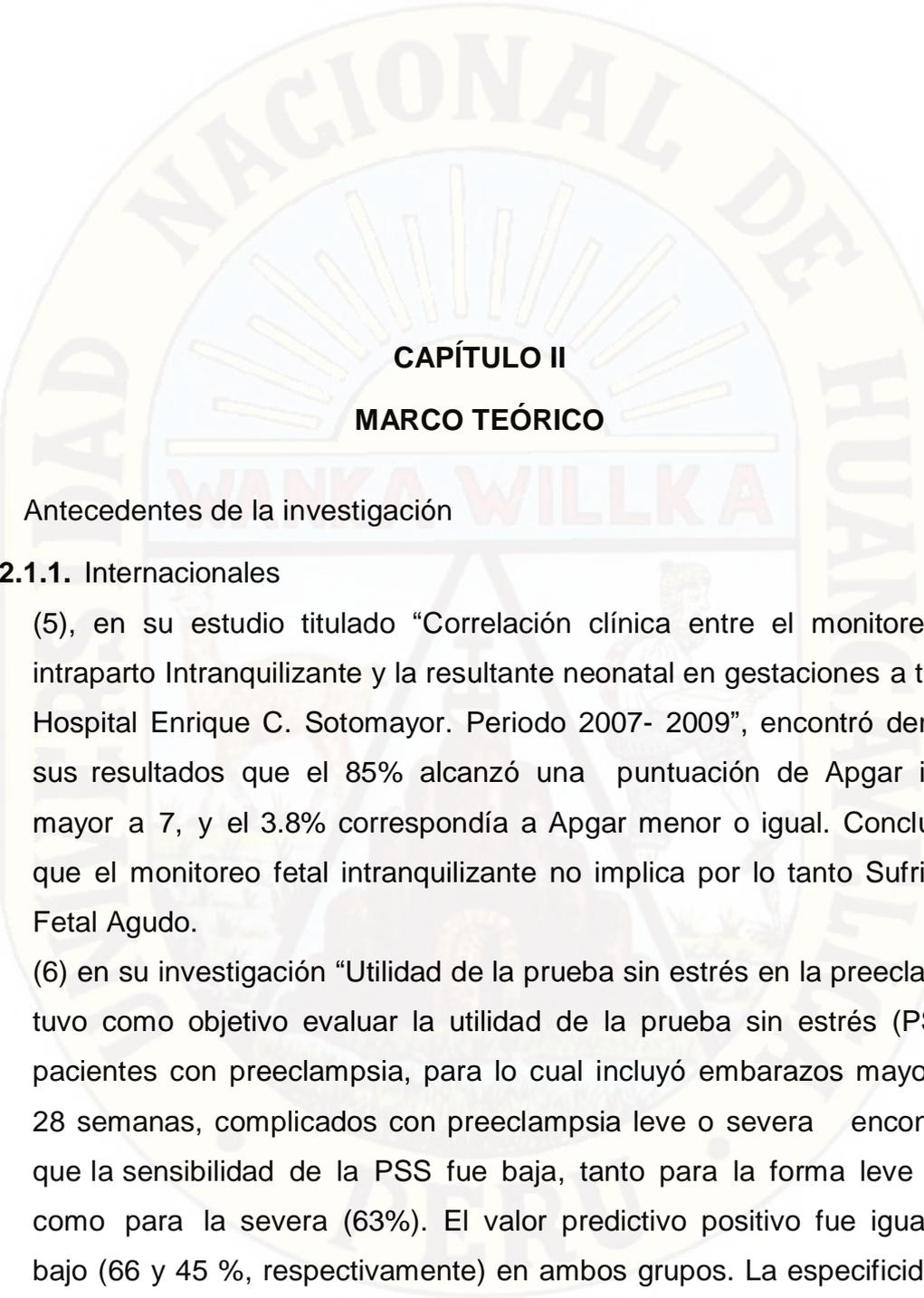
Según a la metodología descrita dimos respuesta al problema.

Con relación a los problemas éticos y morales no tuvimos ninguna dificultad ya que no se fue contra los valores, ni agrede la moral de la población muestral.

Al evaluar los resultados perinatales en gestantes pre eclámpticas con test estresante realizado en este grupo poblacional; cabe resaltar, que en nuestro medio no se hicieron estudios de esta naturaleza por lo que no fue posible verificar estos resultados con los de otros estudios.

El acceso a las historias clínicas y en el llenado de las mismas, se solicitó los permisos correspondientes al director del Hospital donde se pudo realizar el estudio, y no se tuvo mayores dificultades.





CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

(5), en su estudio titulado “Correlación clínica entre el monitoreo fetal intraparto Intranquilizante y la resultante neonatal en gestaciones a término Hospital Enrique C. Sotomayor. Periodo 2007- 2009”, encontró dentro de sus resultados que el 85% alcanzó una puntuación de Apgar igual o mayor a 7, y el 3.8% correspondía a Apgar menor o igual. Concluyendo que el monitoreo fetal intranquilizante no implica por lo tanto Sufrimiento Fetal Agudo.

(6) en su investigación “Utilidad de la prueba sin estrés en la preeclampsia” tuvo como objetivo evaluar la utilidad de la prueba sin estrés (PSS) en pacientes con preeclampsia, para lo cual incluyó embarazos mayores de 28 semanas, complicados con preeclampsia leve o severa encontrando que la sensibilidad de la PSS fue baja, tanto para la forma leve (39%), como para la severa (63%). El valor predictivo positivo fue igualmente bajo (66 y 45 %, respectivamente) en ambos grupos. La especificidad y el valor predictivo negativo fueron altos para el grupo de preeclampsia leve (89 y 73 %) y severa (64 y 78 %), respectivamente (7).

(3) En su trabajo titulado “Monitoreo cardiográfico en embarazos complicados por preeclampsia”, tomó en cuenta a 544 mujeres con preeclampsia con monitoreo cardiotocográfico del feto, hallando que las

lecturas de test no estresante en el 82,80% (n=427) de las pacientes con preeclampsia se encontraron normal y en el 17,20% (n=89) los registros del NST fueron patológicos, encontrándose una correlación entre el NST patológico y la puntuación de Apgar menor a 7 a los 5 minutos (8) .

(2) En su estudio “La frecuencia cardiaca fetal en pacientes con diagnóstico de preeclampsia leve y grave” tuvieron como objetivo calcular el valor de los índices de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) basal, ascensos transitorios y los DIPS tipos I y II en pacientes con diagnóstico de preeclampsia leve y grave, y comparar los valores obtenidos con un grupo sin preeclampsia. Se trató de un estudio prospectivo, comparativo y exploratorio que incluyó a 10 pacientes con preeclampsia leve, 10 pacientes con preeclampsia grave y 20 pacientes sin preeclampsia. Entre los resultados se encontró que la media de la FCF basal normal en el grupo con preeclampsia leve fue 135,5, en el grupo con preeclampsia grave fue 138,69 y en el grupo sin preeclampsia fue 137,66; los valores indicaron que la diferencia fue significativa. Respecto a las aceleraciones, en el grupo sin preeclampsia la media de aceleraciones fue 24,81 latidos, en el grupo de preeclampsia leve fue 20,43 latidos y en el grupo de preeclampsia grave fue 16,78 latidos; los valores indicaron que estas diferencias fueron significativas (6).

(7) Realizó una investigación correlacion de la prueba sin estrés en pacientes con embarazo complicado de pre-eclampsia, donde participaron 84 pacientes con embarazo mayor de 32 semanas complicado con preeclampsia, de las cuales 52 tenían preeclampsia leve (62%) y 32 preeclampsia severa (38%). Los resultados muestran que de 145 registros cardiotocográficos, 130 pruebas sin estrés fueron reactivas, de las cuales el 80% (n=104) se presentaron en pacientes con preeclampsia leve y el 20% (n=26) en pacientes con preeclampsia severa, mientras que 5 pruebas sin estrés fueron no reactivas presentándose todas en preeclampsia severa. Además, 10 pruebas con estrés fueron negativas, siendo 9 de ellas de pacientes con pre-eclampsia leve y 1 de pre-eclampsia severa (9).

Resultados perinatales en los manejos expectante e intervencionista de la preeclampsia severa (8) Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo de casos. Se revisaron 175 historias clínicas de pacientes gestantes con diagnóstico de Preeclampsia severa y EG entre 24-34 semanas que recibieron manejo expectante o intervencionista al ingresar al INMP durante Abril del 2012 a marzo del 2013.

La edad del total de la población estudiada varió entre los 17 y 47 años, con un promedio de 29.1 +/- 7,2 años. La edad gestacional del total de la población estudiada varió entre los 26 y 34 semanas, con un promedio de 31.4 +/- 2.3 semanas. Los días de prolongación del total de la población estudiada varió entre los 0 y 16 días, con un promedio de 2.1 +/- 3.2 días. El peso del recién nacido de la población estudiada varió entre los 760 y 2450 gramos, con un promedio de 1712.8 +/- 416.4 días. El Apgar del recién nacido de la población estudiada varió entre los 5 y 9 puntos, con un promedio de 8.3 +/- 0.8 puntos. Encontramos que en el caso del manejo expectante el 3.9% ingreso a la unidad de cuidados intensivos, y en el caso del manejo intervencionista el 2.4%. En el caso del manejo expectante el 25.5% presentaron complicaciones, y en el caso del manejo intervencionista el 30.6%. En el caso del manejo expectante el 7.8% presentaron enfermedades asociadas a la prematuridad, y en el caso del manejo intervencionista el 8.1%.

José R. Vidal. Resultados perinatales de madres adolescentes, en el Hospital "Dr.". División Maternidad. Sector Obstetricia. Corrientes – Argentina, 2008 (9). Objetivos: Conocer los factores de riesgo neonatales más frecuentes y su relación con el embarazo adolescente.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, realizado de manera prospectiva. La población en estudio fueron pacientes del Servicio de Maternidad del Hospital "Dr José R. Vidal", en el período comprendido entre el 1 de abril y el 1 de junio de 2008. resultados: El 30,5% de los partos correspondieron a madres adolescentes. En dicho

grupo etario las complicaciones perinatales más observadas fueron el bajo peso al nacer, el puntaje Apgar menor a 7 al primer minuto y la prematurez. conclusión: Las adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar parto pre término, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal.

Palabras claves: Embarazo adolescente- Puntuación de Apgar- Bajo peso al nacer.

(2)En el que describe un mayor número de variables tales como complicaciones maternas, peso al nacer, Apgar a los 5 minutos, mortalidad materna y fetal. En estos estudios las tasas de mortalidad perinatal fueron apropiadas para la edad gestacional al momento del parto y para la disponibilidad de cuidados neonatales. En la mayor par te de ellos se logró la prolongación del embarazo entre 10 y 14 días. En estas investigaciones no se incrementó la morbilidad materna, lo cual sensibilizó a la comunidad científica acerca del tratamiento expectante; sin embargo, recibieron críticas debido a que no seleccionaron a las pacientes al azar y por no ser controlados.

Allan Iván Izaguirre et al Resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, Hospital Regional Santa Teresa, 2015

Objetivo. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo de la sala de labor y parto del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, durante el año 2015. Métodos. Estudio observacional descriptivo. En este período ingresaron 6,090 gestantes, de las cuales 361 (5.9%) presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo. Se estimó un tamaño de muestra de 186 (51.5%, IC95%). Las variables estudiadas fueron: datos maternos, datos clínicos y del nacimiento, complicaciones perinatales. La información recolectada fue ingresada en Epiinfo versión 7.1.5 (CDC, Atlanta). Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes. La información personal de los casos se manejó confidencialmente. Resultados. El 58.6%(109) eran gestantes entre 19-35 años, 73.1%(136) procedentes de área rural, 65.1%(121) con más de cinco consultas prenatales. La vía de

parto más frecuente vaginal en 63.4%(118) y el trastorno hipertensivo más frecuente fue preeclampsia-eclampsia con 65.1%(121). El 53.2%(99) de los recién nacidos fueron del género masculino, 94.1%(175) presentaron puntaje de Apgar normal, 84.4 (157) peso al nacer entre 2500 – 3999 gr. La complicación materna y perinatal más frecuente fue el síndrome de Hellp con 3.8%(7) y síndrome de distress respiratorio 10.2%(19). Discusión. El 58.1% de los recién nacidos presentó alguna complicación al momento del nacimiento.

Según Shiozaki et al A. Impact of fetal sex in pregnancy-induced hypertension and preeclampsia in Japan. En un estudio de gemelares de 125 centros perinatales en Japón, entre 2001 y 2005, en los embarazos simples, la gestante con fetos femeninos tuvo una mayor incidencia de HIE y PE. En los monocoriónicos diamnióticos (MO), los fetos femenino-femeninos aumentaron la incidencia de HIE y preeclampsia, especialmente en las primíparas. En los fetos dicoriónicos diamnióticos, la HIE y la preeclampsia aumentaron en las madres con fetos femenino-femenino; cuando la combinación de fetos era masculino-femenino, los valores fueron intermedios. Se concluyó que el sexo fetal femenino fue factor de riesgo para HIE y PE. En resumen el sexo femenino-femenino en gemelares es factor de riesgo de PE.

2.1.2. Nacionales

(10) Realizó el estudio “Características Cardiotocográfica del Producto de Madres con Hipertensión Inducida por el Embarazo” con el objetivo de describir las características cardiotocográfica en gestantes con hipertensión inducida por el embarazo y en gestantes sin diagnóstico de Hipertensión inducida por el embarazo. Los resultados mostraron que los valores de la línea de base, fueron normales tanto en las gestantes con HIE (95,83%) como en el grupo control (100%). El 83.3% de las pacientes con HIE y el 93.7% de las pacientes del grupo control tuvieron una variabilidad mayor o igual a 5 latidos por minuto. En cuanto a las aceleraciones, el 88% del grupo control presentó 5 o más aceleraciones en 30 minutos, frente al 26,04% de las pacientes portadoras de HIE, no

obstante el porcentaje de pacientes con Hipertensión Inducida por Embarazo que presentaron ausencia de aceleraciones fue 64,23% en las severas y 26,47% en las leves. Se presentaron desaceleraciones en el 33,33% de las pacientes portadoras de HIE y en el 20% de las pacientes del grupo control. En cuanto a la reactividad, las pacientes con Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo tuvieron un 29,16% de fetos no reactivos, mientras que las del grupo control tuvieron un 2,66% de fetos no reactivos (10).

(4) Un trabajo titulado “Hallazgos de monitoreo electrónico fetal en pacientes con pre eclampsia. Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero a diciembre 2012” donde observo que los resultados cardiotocográficos del test estresante en las gestantes con preeclampsia fueron en el 100% con una línea de base normal, una variabilidad mínima (<5)) en 58.9%, presencia de aceleraciones en el 79.5%, ausencia de desaceleraciones en el 83.6%, presencia de contracciones regulares en el 90.4% y la conclusión que se obtuvo en el 73.3% fue negativo reactivos.

Valor Predictivo de la Prueba de Gant para la determinación de preeclampsia en gestantes entre las 28 – 32 semanas Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” (11)

Estudio analítico, prospectivo constituido por 50 gestantes el mayor porcentaje de edad fue de 30 años, seguido de un 24% con prueba de gant positiva. Con respecto a los datos del recién nacido se encontró del total de gestantes con prueba de gant positiva, un 52% pertenecían al sexo femenino.

2.1.3. Locales

A nivel local, no se han realizado estudios sobre hallazgos cardiotocográficos en pacientes con preeclampsia.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. EL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL

Definición: Es una de técnicas que permite el registro continuo de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) y de la actividad uterina. La visualización de las contracciones uterinas es indispensable para el análisis de las anomalías de la actividad uterina misma y para las de la FCF, en particular de los descensos de la velocidad o desaceleraciones (11,12).

El objetivo de la MEF es intentar valorar la oxigenación fetal durante el parto. La oxigenación fetal engloba la transferencia de oxígeno desde el entorno al feto y la respuesta fisiológica fetal si se interrumpe la transferencia de oxígeno. Hay tres principios básicos para interpretar la FCF (13).

Para la interpretación de los resultados del monitoreo electrónico fetal, se utiliza diferentes criterios. Entre las diferentes fuentes que son utilizadas en la actualidad destacan la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1987), el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG 2005), el National Institute of Child Health and Human Development (NICHD 2006), etc. los cuales han identificado cuatro criterios principales que evalúan el bienestar fetal como: la frecuencia cardiaca fetal basal, la variabilidad, las aceleraciones y las desaceleraciones (14,15). Sin embargo el Sistema de Puntajes de FISHER MODIFICADO utiliza un criterio más, el cual es el movimiento fetal por ser considerado un criterio importante (16).

- Línea basal de la Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF)

La FCF basal es definida como la FCF promedio presente, en una situación estable, es decir en ausencia de contracciones uterinas, movimientos fetales u otro estímulo, registrada mínimo en diez minutos. En una situación de trabajo de parto, la FCF basal se determina entre dos contracciones en varios segmentos entre contracciones. La línea de base se debe identificar al menos en 2 minutos (no necesariamente contiguos) en una ventana de 10 minutos; de lo contrario la línea de base para dicho período es indeterminada, y cuando sucede ello puede

ser necesario valorar los 10 minutos previos del trazado para determinar la línea de base. Según Fisher modificado, considera que los valores normales oscilan entre 120 y 160 latidos/ minuto, aunque algunos autores los sitúan entre 120 y 150 latidos/minuto. Los resultados patológicos se consideran cuando se encuentran fuera de este rango de normalidad, ante ello se le llama Taquicardia, a los valores de FCF por encima de 160 latidos/minuto o bradicardia si la FCF es inferior a 120lpm(13,17,1819).

- Variabilidad de la FCF

Son las fluctuaciones en la FCF de la línea de base que son irregulares en amplitud y frecuencia. La variabilidad de la FCF en la línea de base se determina en una ventana de 10 minutos, excluyendo aceleraciones y deceleraciones. Hoy no se establece distinción entre variabilidad a corto plazo (variabilidad latido a latido) y variabilidad a largo plazo (fluctuación durante un segmento de un minuto). Se cuantifica visualmente como la amplitud desde el pico al fondo en latidos por minuto. Según la NICHD y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), la variabilidad se clasifica en: (13,20)

- Ausente: Cuando la amplitud es indetectable.
- Mínima: Cuando la amplitud es ≤ 5 lpm.
- Moderada: Cuando la amplitud se encuentra entre 6 a 25 lpm.
- Marcada: Cuando la amplitud es mayor a 25 lpm.
- Fisher modificado considera como patrón normal, de 10 a 25 latidos/ minuto.

- Aceleración

Es la elevación de la FCF que ocurre en menos de 30 segundos desde el comienzo de la aceleración al pico de la misma, son aumentos de la línea de base de la FCF, en forma transitoria, asociados a múltiples causas que indican reactividad fetal. Para considerarse aceleración el pico debe estar a ≥ 15 lpm, y debe durar ≥ 15 segundos desde el comienzo al retorno. Se llama aceleración prolongada cuando dura ≥ 2 minutos pero < 10 minutos. Una aceleración que dura ≥ 10 minutos es un cambio de

la línea de base. Antes de las 32 semanas de gestación los criterios exigidos para la aceleración son: que el pico esté a ≥ 10 lpm y una duración de ≥ 10 segundos (13,17).

- Desaceleraciones

Son episodios transitorios de disminución de la frecuencia cardíaca por debajo de la línea de base (18,19).

En función de su morfología y relación con la contracción, la National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) las clasifica en: Precoces, tardías, variables y prolongadas (13,20).

- Desaceleración precoz: Son caídas transitorias de la Frecuencia Cardíaca Fetal y de baja amplitud que coinciden con el acmé de la contracción uterina. Se caracteriza por:
- Desaceleración Tardía: Corresponde a aquellas caídas de la FCF que se inician después del acmé de la contracción. Se caracteriza por:
- Desaceleración Variable: Son un descenso intermitente, con una configuración diferente entre cada una de las desaceleraciones, con un comienzo y finalización rápidos. Se caracterizan por:
- Deceleración prolongada: Disminución de la FCF a partir de la línea de base de ≥ 15 lpm, con una duración ≥ 2 minutos, pero < 10 minutos.
- Patrón sinusoidal: Es un patrón muy poco frecuente que se define como una línea de base de la FCF en forma de ondas, lisa, con 3-5 ondas por minuto y que persiste ≥ 20 minutos.

No obstante, el Fisher Modificado, es el único que contempla otro patrón evaluado en la cardiotocografía como los movimientos fetales, los cuales valoran en forma indirecta la función e integridad del Sistema Nervioso Central y pueden ser percibidos por la madre, visualizados por ecografía o registrados por un tocodinómetro. Sin embargo, algunas causas que pueden originar disminución de los movimientos fetales son: Retardo de Crecimiento Intrauterino, anemia severa, oligohidramnios, prolapso de cordón, anomalías del SNC, disfunción muscular, malformaciones congénitas, drogas sedantes, etc. (18,21).

- Test No Estresante:

Es una prueba no invasiva que se basa en establecer la presencia de aceleraciones de la FCF asociadas a movimientos fetales. La interpretación de la prueba se debe hacer de una manera estandarizada, de acuerdo a los criterios internacionales con el propósito de disminuir la discordancia intra e inter observador en su lectura. El porcentaje de pruebas normales varía con la edad gestacional, siendo aproximadamente del 25% entre las 20 a 24 semanas, 55 a 67% entre las 25 a 28 semanas, 78% entre las 29 a 32 semanas y 90% entre las 33 a 42 semanas, por lo que se recomienda la utilización de la prueba en embarazos mayores a 28 semanas de gestación. No se recomienda su utilización en edades más tempranas por incrementarse su tasa de falsos negativos (18,19).

Las variables que evalúa el test no estresante son: movimientos fetales, línea de base de la FCF, variabilidad de la FCF, Presencia o ausencia de aceleraciones y presencia o ausencia de desaceleraciones.

Los resultados que surgen del Test No Estresante, son (22):

- Reactivo: Se define por la presencia de al menos dos o más aceleraciones transitorias de la FCF en el plazo de 20 minutos con amplitud mayor de 15 latidos/minuto y con una duración de al menos 15 segundos, asociadas o no a movimientos fetales.
- No Reactivo: Ausencia de aceleraciones transitorias o presencia de las mismas con duración o amplitud inadecuada.

- Test Estresante:

En la década de los años 70 el Dr. Ray y Col publicaron los primeros resultados y descubrieron la prueba de estimulación en oxitocina y establecieron los criterios diagnósticos para este fin, aunque no se pueden desconocer trabajos anteriores realizados por Hon y cols, Poseiro y cols encaminados a investigar el uso de las contracciones para causar estrés fetal para la vigilancia preparto, donde en la investigación de Poseiro y cols observaron que cuando la presión intrauterina excedía de 30 mmHg, la presión miometrial sobrepasaba la presión arterial y se interrumpía el riesgo sanguíneo uterino, dejando de llegar sangre al

espacio intervelloso, de forma que la aparición de contracciones provocaba una disminución transitoria de la PO₂ en el espacio intervelloso, por lo que en fetos con una buena reserva uteroplacentaria de oxígeno esta situación no provoca modificaciones en la frecuencia cardíaca fetal o incluso se observan ascensos de la misma en respuesta a las contracciones, en cambio, cuando existe una situación de insuficiencia placentaria más o menos encubierta o compensada, las contracciones determinan la aparición de desaceleraciones tardías (18,23).

También llamada prueba de tolerancia a las contracciones fue planeada para detectar insuficiencia placentaria antes que se produjera daño fetal irreversible, ya que valora la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal al estrés simulado por el trabajo de parto, por ello se trata de conseguir mediante la administración de oxitocina o estimulación del pezón, una dinámica uterina adecuada (3 contracciones cada 10 minutos). Son suficientes 10 contracciones para poder valorar el test estresante (22). Se indica cuando el test no estresante tuvo un resultado no reactivo o con patrones patológicos de la frecuencia cardíaca fetal.

Está contraindicada en aquellos cuadros clínicos en los cuales las contracciones uterinas constituirían un peligro para la gestante o su feto, como son: sufrimiento fetal agudo, placenta previa y antecedente de cesárea clásica o intervenciones quirúrgicas intrauterinas. Debe tenerse precaución para su realización en pacientes con antecedente de cesárea segmentaria transversa, alto riesgo de trabajo de parto pre término o inmadurez pulmonar, embarazos múltiples menores de 36 semanas y distocias de situación o presentación (21). La prueba de tolerancia a las contracciones es interpretada por la presencia o ausencia de desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal tardía, que se definen como desaceleraciones que llegan a su punto más bajo después del pico de la contracción y que por lo general persisten más allá del final de la contracción.

Los resultados de la prueba de estrés se clasifican en el boletín ACOG en: (24,25)

- Negativa: Ausencia de desaceleraciones variables finales o significativas.
- Positiva: Deceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones.
- Dudoso o sospechoso: Deceleraciones variables significativas.
- Insatisfactoria: Menos de tres contracciones en 10 minutos o un trazado que no es interpretable.

2.2.2. PRE ECLAMPSIA

Definición: La pre eclampsia es una enfermedad con origen aún desconocido y a la vez multifactorial, caracterizada por la asociación de hipertensión arterial y proteinuria lo cual se da posterior a las 20 semanas de gestación. Además también se puede acompañar o no de edema (26,27,28).

Esta patología materna tiene graves consecuencias sobre la salud de la madre y el bebé, para lo cual la única cura es mediante la culminación de la gestación, es decir con el parto (26). Respecto a la fisiopatología de la Preeclampsia, han destacado más de una teoría al respecto, los cuales tratan de explicar el origen de la sintomatología, por lo que hoy en día se considera multifactorial (27). A la luz de los conocimientos actuales el mecanismo fisiopatológico de la preeclampsia puede resumirse de forma esquemática en 5 puntos: Desarrollo anormal de la placenta (factor placentario), factores inmunológicos, factores genéticos, disfunción endotelial sistémica, inflamación/infección (29). El principal factor asociado al origen de la preeclampsia es la teoría de defecto en la implantación o placentación, es decir debido a una invasión anormal de las arteriolas espirales por el citotrofoblasto. También se menciona asociada a alteraciones locales del tono vascular, del balance inmunológico y del estado inflamatorio. Además se describe una predisposición genética, lo cual se basa en la hipótesis de que sería una enfermedad hereditaria asociado a un gen materno recesivo (5).

- Factores de riesgo:

Los factores de riesgo que se asocian a la preeclampsia son la edad materna, en especial aquellas menores de 18 o mayor de 35 años, primígestas, la desnutrición y la pobreza, el bajo nivel de instrucción, las multigestas, el embarazo molar, las mujeres diabéticas o con lupus eritematoso. Existen otros factores que también se han asociado a la preeclampsia como la deficiencia de proteína S, presencia de anticuerpos anticardiolipina, factores genéticos como historia familiar de preeclampsia y la obesidad previa al embarazo (27).

- Clínica:

La presión arterial se eleva a valores mayores o igual a 140/90 y proteinuria > 300mg /24 horas, todo ello después de las 20 semanas de gestación independiente de la presencia de edemas (26).

La presentación clínica de la preeclampsia puede ser insidiosa o fulminante, algunas mujeres pueden encontrarse asintomáticas con presiones arteriales altas y proteinuria; o por el contrario presentar múltiples síntomas de preeclampsia severa o inminencia de eclampsia; por lo que el acercamiento inicial a la gestante independientemente de su motivo de consulta debe incluir: preguntas sobre potenciales factores de riesgo para preeclampsia (antes mencionados), se debe indagar sobre la historia obstétrica previa específicamente sobre trastornos hipertensivos y / o preeclampsia en embarazos previos, pues 40% de las pacientes eclámpicas tienen historia previa de preeclampsia (30).

- Preeclampsia Leve:

La preeclampsia leve se diagnostica con la presencia de dos o más de los siguientes signos, a partir de las 20 semanas de gestación (31):

- Presión sistólica, mayor o igual a 140mmHg o una elevación de 30 mmHg sobre la presión habitual.

- Presión diastólica, mayor o igual a 90mmHg o elevación mayor igual a 15 mmHg sobre la presión habitual.
- Proteinuria. 30mg/dl o más en tiras reactivas (se requieren de dos determinaciones o más en un lapso de 6 horas o más. Proteinuria mayor de 300mg en orina de 24 horas.

- **Preeclampsia Severa:**

El diagnóstico de preeclampsia severa se establece posterior a las 20 semanas de gestación, durante el parto o en el puerperio en el cual se presenta dos o más de los siguientes signos (31):

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mmHg y presión diastólica mayor o igual a 110 mmHg.
- Proteinuria mayor de 5 g en orina de 24 horas o más de 3+ en tira reactiva.
- Oliguria de menos de 500 en 24 horas.
- Trastornos cerebrales o visuales.
- Edema generalizado.

La Eclampsia es la complicación de la preeclampsia, y se caracteriza por la presencia de convulsiones o estado de coma, en ausencia de otras causas de convulsiones (31).

- **Manejo:**

La solución a la preeclampsia consiste en culminar la gestación, sin embargo ello va depender del estado materno fetal y las condiciones del canal de parto (5).

El manejo de la preeclampsia leve es el siguiente (32):

- El manejo es ambulatorio.
 - Dieta hiperproteica normosódica
 - Paciente en decúbito lateral izquierda o semi-sentada con piernas ligeramente elevadas
 - Solicitar exámenes de rutina más ácido úrico, Urea, creatinina, urocultivo.
 - Autocontrol de Movimientos Fetales (8-10 en 12 horas)

- Control dentro de 48 horas, si hay mejoría control pre natal cada semana.
- El manejo de la pre eclampsia Severa es el siguiente (32):
 - Hoja de monitoreo.
 - Hospitalización. Reposo absoluto en ambiente adecuado.
 - Control estricto de Funciones vitales Vs LCF.
 - Evaluar condiciones maternas y fetales (PBF y NST).
 - Solicitar exámenes auxiliares.
 - Efectuar I/C Cardiología, Oftalmología y Nefrología.
 - Abrir vía EV con Cloruro de Sodio 9%.
 - Fenobarbital 100 Mg. Vía IM ó VO cada 12 hrs.
 - Para prevenir las convulsiones en pre-parto o inicio de trabajo de parto usar sulfato de Magnesio 4 gr. EV en 5 minutos (lento).
 - Continuar con 1-2 gr. EV /hora en volutrol. Monitorizar reflejos normal, diuresis > de 30 cc/h. y frecuencia respiratoria > de 16 x'.
 - Tener gluconato de calcio a la mano. En caso de presentarse efectos colaterales por Sulfato de Magnesio, administrar 1gr. (10ml de solución al 10%) EV lentamente hasta que revierta el cuadro.

2.3. Hipótesis general

Por ser un estudio descriptivo no presenta hipótesis.

2.4. Definiciones de términos (12)

- Monitoreo electrónico fetal: Método que sirve para valorar la vitalidad fetal en base a la observación de la respuesta de la frecuencia cardiaca fetal ante los movimientos fetales y/o las contracciones uterinas.
- Test Estresante: Test de Reserva fetal basado en la respuesta de la frecuencia cardiaca fetal a la presencia de contracciones uterinas.
- Test no estresante: Test que se basa en establecer la presencia de aceleraciones de la FCF asociadas a movimientos fetales.

- Conclusiones cardiotocográficas: Cadena final de la evaluación de los hallazgos, parámetros o registros cardiotocográficos en el test estresante (Conclusión negativo, dudoso, insatisfactorio)
- Pre eclampsia: Es un trastorno sistémico específico del embarazo que se caracteriza por el desarrollo de hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación
- Complicaciones obstétricas: Trastornos sufridos durante el embarazo, parto y puerperio producto de una patología o enfermedad.
- Sobrepeso: Aumento de peso corporal por encima de un patrón dado y para evaluar si una persona tiene sobrepeso se hace uso de la fórmula de índice de masa corporal.
- Gestante: Estado de embarazo o gestación, estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y culmina con el parto.
- Edad: Es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Hasta su Muerte.
- Procedencia: Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo.
- Peso: La masa se mide en quilogramos y se utiliza una balanza para ello.
- Grado de Instrucción: De una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles: Primarios y menos.
- Estado Civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas
- Ocupación: La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo.

- **Score Apgar:** Se llama así en honor a su creadora, Virginia Apgar, una médica Norteamericana del Columbia University's Babies Hospital, que en 1952 propuso un medio para evaluar la condición física del neonato inmediatamente después de nacidos. es una escala de puntuación utilizado por los neonatólogos para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del Recién Nacido.
- **Test de Capurro:** Es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato. El test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada.
- **Sufrimiento Fetal:** Es la forma crónica se caracteriza por una disminución de crecimiento del feto debido al aporte insuficiente en forma prolongada, de los elementos necesarios para su desarrollo. La forma aguda se presenta más frecuentemente durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida. En la mayoría de los casos es consecuencia de una distocia de la contractibilidad uterina se cree que se produce por una disminución en el aporte de oxígeno del feto asociada a la retención de anhídrido de carbono en el mismo.
- **Asfixia Neonatal:** Ausencia de esfuerzo respiratorio al nacer que determina trastornos hemodinámicos y/o metabólicos debido a hipoxemia e isquemia en distintos órganos.

2.5. Identificación de variable

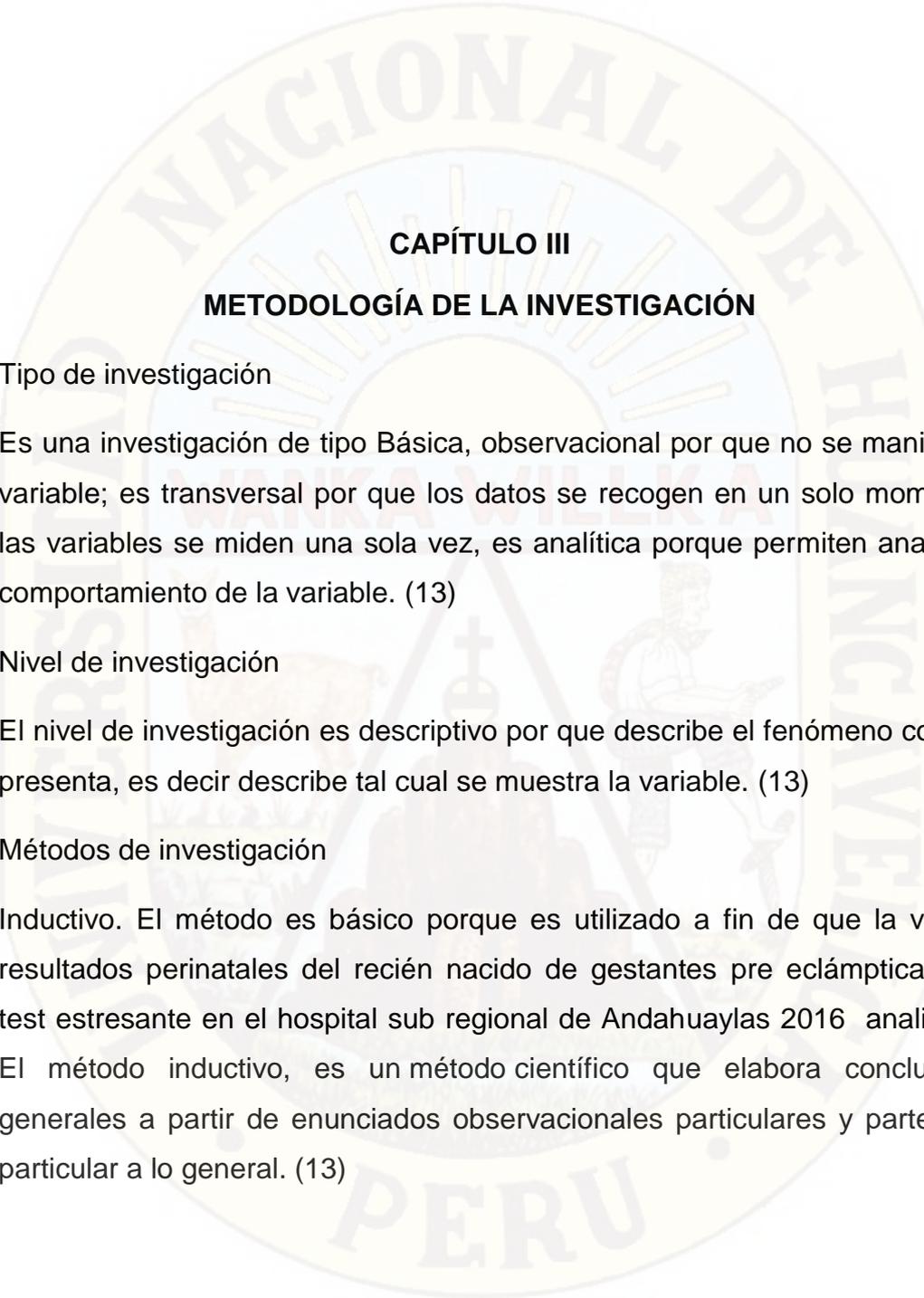
Univariable: Resultados perinatales en recién nacidos de gestantes pre eclámpicas con test estresante

2.6. Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TÍTULO: RESULTADOS PERINATALES EN EL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES PRE ECLÁMPTICAS CON TEST ESTRESANTE EN EL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS 2016

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>UNIVARIABLE</p> <p>Resultados perinatales en recién nacidos de Gestantes pre eclámpticas con test. Estresante en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2016</p>	<p>Son aquellos parámetros que se miden antes y después del nacimiento</p>	<p>Resultantes perinatales del Recién nacido: peso del Recién nacido, Apgar, etc. Se usó una guía de recolección de datos.</p>	<p>Características demográficas</p>	Edad	años	De razón
				Grado de Instrucción	Sin Instrucción Primaria Secundaria Superior	Nominal
				Estado Civil	Soltera Conviviente Casado	Nominal
				Procedencia	Urbano Rural	Nominal
				Atención prenatal	Mayor a 6CPN (adecuado) Menor a 6CPN (inadecuado)	Nominal
				Tipo de parto	Vaginal Cesárea	De razón
			<p>Resultados perinatales del recién nacido</p>	Edad gestacional del RN	Semanas	Nominal
				Sexo	Femenino masculino	Nominal
				Apgar al minuto	Tono muscular Esfuerzo respiratorio Frecuencia cardíaca Reflejos Color de piel	Nominal
				Apgar a los 5 min	Tono muscular Esfuerzo respiratorio Frecuencia cardíaca Reflejos Color de piel	Nominal
				Peso del RN	Kg	De razón
				Talla del RN	cm	De razón



CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Es una investigación de tipo Básica, observacional por que no se manipula la variable; es transversal por que los datos se recogen en un solo momento y las variables se miden una sola vez, es analítica porque permiten analizar el comportamiento de la variable. (13)

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación es descriptivo por que describe el fenómeno como se presenta, es decir describe tal cual se muestra la variable. (13)

3.3. Métodos de investigación

Inductivo. El método es básico porque es utilizado a fin de que la variable resultados perinatales del recién nacido de gestantes pre eclámpticas con test estresante en el hospital sub regional de Andahuaylas 2016 analizadas. El método inductivo, es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general. (13)

3.4. Diseño de investigación

En esta investigación se utilizó el diseño no experimental, descriptivo simple, cuyo esquema es:



Donde M = Gestantes pre eclámpticas que se hicieron test estresante

O = Representa la información (Resultados perinatales) es decir la medición de la variable.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población estuvo constituida por todas las gestantes pre eclámpticas que acudieron al Hospital Sub Regional de Andahuaylas para realizarse el Monitoreo Electrónico fetal durante el año 2016.

3.5.2. Muestra

La muestra es Censal, 60 gestantes con diagnóstico de preeclampsia a quienes se les realizó el test estresante en la Unidad de bienestar fetal durante el periodo 2016.

3.5.3. Criterios de Selección

a. Criterios de inclusión

- Historia clínica de gestantes con preeclampsia a quienes se les realizo un test estresante.
- Historia clínica de gestantes con feto único presentación cefálica.
- Historias clínicas de gestantes con gestacional mayor o igual a 36 semanas

b. Criterios de exclusión

- Historia clínica de gestantes con otras patologías asociadas.
- Historia clínica de gestantes con embarazo múltiple.
- Historia clínica de gestantes en trabajo de parto que tuvieron trazados cardiotocográficos.
- Anomalías fetales.
- Anomalías uterinas.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.6.1. Técnica

La técnica utilizada fue documental, ya que los datos se obtuvieron del libro de Registro de la Unidad de Monitoreo Fetal, y de las historias clínicas los cuales fueron registrados en la ficha de Recolección (Anexo II)

3.6.2. Instrumento

El instrumento es una ficha de Recolección que está dividida en Características generales, características obstétricas, características del parto, características del test estresante y resultados perinatales.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- a) Estadística Descriptiva:** Se utilizó tablas de una entrada con distribución de frecuencias absolutas y porcentuales.
- b) Programas Estadísticos:** El programa estadístico que se ha utilizado para el procesamiento de los resultados de la variable conocimiento y actitud y por ser de nivel descriptivo se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2010 para luego ser procesada en el paquete estadístico SPSS Versión 21.

**CAPITULO IV
RESULTADOS**

4.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

TABLA 1: EDAD DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
16-24 AÑOS	29	48,3%	48,3%
25-33 AÑOS	21	35,0%	83,3%
34-42 AÑOS	10	16,7%	100,0%
Total	60	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla N° 01, muestra la distribución de edades de las gestantes con pre eclampsia que se realizaron test estresante. Del 100 % la mayor proporción de gestantes con pre eclampsia se presentó en el grupo etáreo de 16 a 24 años que representa un 48.3% (29 gestantes); seguido de 25 a 33 años que representa un 35.0% (21 gestantes); y de 34 a 42 años que representa un 16.7% (10 gestante)

TABLA 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PRIMARIA	35	58,3%	58,3%
SECUNDARIA	25	41,7%	100,0%
Total	60	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 02, sobre el nivel de instrucción de las gestantes con diagnóstico de pre eclampsia que se realizaron test estresante. Del 100% de gestantes; el 58.3% (35 gestantes) alcanzaron un educación primaria; y solo el 41.7% (25 gestantes) tuvieron un nivel de instrucción de secundaria.

TABLA 3: ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST 2016

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SOLTERA	7	11,7%	11,7%
CONVIVIENTE	45	75,0%	86,7%
CASADA	8	13,3%	100,0%
Total	60	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 03, respecto al estado civil de gestantes con pre eclampsia que se realizaron test estresante. Del 100% de gestantes, el 75.0 % son convivientes (45 gestantes), seguido del 13,3 % son casados (08 gestantes) y el 11.7 % son solteras (07 gestantes).

TABLA 4: PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
URBANO	33	55,0%	55,0%
RURAL	27	45,0%	100,0%
Total	60	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En el cuadro N° 04, muestra la Procedencia de gestantes con Diagnóstico de Pre eclampsia que se realizaron test estresante. Del 100% de gestantes el 55% (33 gestantes) proceden de la zona urbano, mientras que un 45% (27 gestantes) proceden de zonas rurales.

TABLA 5: EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MENOR A 37 SS	15	25,0%	25,0%
37SS - 41SS	42	70,0%	95,0%
MAYOR A 41SS	3	5,0%	100,0%
Total	60	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 05, respecto a la edad gestacional de las gestantes con pre eclampsia que se realizaron el test estresante. Del 100% se observa que el 70%(42 gestantes) son entre 37ss-41ss, seguidos de 25%(15gestantes) fueron menor a 37ss y 5%(03 gestantes) tuvieron mayor a 41ss.

TABLA 6: NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES DE LAS GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Número de Atenciones Prenatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MENORES A 6 APN	16	26,7%	26,7%	26,7%
MAYORES A 6 APN	44	73,3%	73,3%	100,0%
Total	60	100,0%	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 06, respecto al número de atenciones prenatales de las gestantes con Diagnóstico de Pre eclampsia que se realizaron test estresante. Del 100% de gestantes el 73,3%(44 gestantes) fueron mayores a 6 APN y 26,7(16 gestantes) tuvieron menor a 6 APN.

TABLA 7: SEXO DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Sexo del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MASCULINO	25	41,7%	41,7%
FEMENINO	35	58,3%	100,0%
Total	60	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 07, según el sexo del recién nacido de gestantes con pre eclampsia que se realizaron test estresante. Del 100%se observa que el 58,3%(35 RN) fueron mujeres y 41,7%(25 RN) son varones.

TABLA 8: APGAR AL MINUTO DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Apgar al Minuto del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
DEPRESION MODERADA (4 - 6)	3	5,0%	5,0%	5,0%
NORMAL (7 - 10)	57	95,0%	95,0%	100,0%
Total	60	100,0%	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 08, según Apgar al minuto del Recién Nacido de gestantes con Pre eclampsia que se realizaron test estresante. Del 100% de gestantes el 95%(57 RN) estuvieron dentro de lo normal y 5%(03 RN) presentaron depresión moderada.

TABLA 9: APGAR A LOS CINCO MINUTOS DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Apgar al Minuto del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
DEPRESIÓN MODERADA (4-6)	3	5,0%	5,0
NORMAL (7 - 10)	57	95,0%	100,0
Total	60	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 9, según Apgar a los cinco minutos del Recién Nacido de gestantes con Pre eclampsia que se realizaron test estresante. Del 100% de gestantes el 95%(57 RN) estuvieron dentro de los parámetros normales.

TABLA 10: PESO DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Peso del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MEMOR A 2500 GR	12	20,0%	20,0%	20,0%
2500 GR - 3900 GR	47	78,3%	78,3%	98,3%
MAYOR A 3900 GR	1	1,7%	1,7%	100,0%
Total	60	100,0%	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 10, se muestra el peso del Recién Nacido de gestantes con Pre eclampsia que se realizaron el test estresante. Del 100% se obtuvo el 78,3%(47 RN) peso entre 2500gr – 3900gr, seguido de 20% (12 RN) fue menor a 2500gr y 1,7%(01 RN) tuvo superior a 3900 gr.

TABLA 11: TALLA DEL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPSIA QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Talla del Recién Nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MENOR A 50 CM	48	80,0%	80,0%	80,0%
MAYOR A 50CM	12	20,0%	20,0%	100,0%
Total	60	100,0%	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 11, se muestra la talla del Recién Nacido de gestantes con Pre eclampsia que se realizaron el test estresante. Del 100% de recién Nacidos presentaron el 80%(48RN) fueron menor a 50 cm, seguidos de 20%(12RN) presentaron talla menor a 50 cm.

TABLA 12: TIPO DE PARTO DE GESTANTES CON PRE ECLAMPسيا QUE SE REALIZARON TEST ESTRESANTE, HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS-2016

Tipo parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
VAGINAL	23	38,3%	38,3%	38,3%
CESAREA	37	61,7%	61,7%	100,0%
Total	60	100,0%	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla N° 12, según la terminación del tipo de parto de gestantes que se realizaron el test estresante con diagnóstico de pre eclampsia. Del 100% el 61,7%(37) culminaron a través de cesárea, seguido de 38,3%(23) por vía vaginal.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Según (14) Trastornos hipertensivos del embarazo en la sala de Labor y Parto del Hospital. Escuela Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) afectan entre el 4-8% de las gestaciones, comprometiendo tanto a las madres como a sus hijos. Muchas son las complicaciones derivadas de esta patología, evidenciando el efecto que estas producen en la vida extrauterina.

En el presente trabajo de investigación que trata sobre "Resultados perinatales del Recién nacido de gestantes pre eclámpticas con test estresante en el hospital sub regional de Andahuaylas 2016" se llegó a los siguientes resultados:

En la dimensión características demográficas; en la tabla N° 01 edad de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante en el Hospital Sub regional de Andahuaylas 2016, el 48.3% se encuentran entre las edades de 16 y 24 años. Lo que coincide con el trabajo de Rodriguez y col (2002) que también encontró el 90% de gestantes con preeclampsia a quienes se les realizó el test estresante entre 15-19 años, aunque difiere algo con el estudio resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, hospital regional santa teresa, 2015 de Allan Iván Izaguirre y col siendo el 58.6%(109) eran gestantes entre 19-35 años esto demostrando que edad fértil es un factor de riesgo importante Sánchez S. Análisis de la mortalidad materna en la Disa V Lima Ciudad. Periodo 2000- 2004.

En la tabla N° 02 el grado de instrucción de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante fue de un 58.3% con un grado de instrucción primaria, resultando un riesgo ya que pone vulnerable a la gestante al no tener un buen entendimiento de los signos de alarma del embarazo y a una información clara sobre la patología de la preeclampsia y así a ser más proclive a las complicaciones de esta patología.

Tabla N°03 estado civil de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante en el Hospital Sub regional de Andahuaylas 2016 resultó un 75% ser convivientes lo que significa que el estado civil es importante, esto para de una u otra manera contribuir con la estabilidad psicológica, de la gestante y no tenga que atravesar distintas patologías como es la

preeclampsia y tener una buena evolución del embarazo con desenlace feliz tanto para ella y su bebé.

En la tabla N°04 que muestra la procedencia de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante, resultó un 33% que proceden del margen urbano, lo que difiere con los resultados de **Allan Iván Izaguirre** y col en su trabajo resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, hospital regional santa teresa, 2015 en la que el 73.1%(136) proceden del área rural.

En la tabla N°05 se presenta la edad gestacional de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante teniendo como resultado el 70% de las gestantes se encuentran entre las 37-41 semanas de edad gestacional lo coincide con Romero et al en el año 2000

En la que su estudio se basó en las tasas de mortalidad perinatal que fueron apropiadas para la edad gestacional al momento del parto y para la disponibilidad de cuidados neonatales. En la mayor parte de ellos se logró la prolongación del embarazo entre 10 y 14 días.

Asimismo también difiere con el estudio de Resultados perinatales en los manejos expectante e intervencionista de la preeclampsia severa por Ana Rocío Chuquispuma Torres en la que la edad gestacional del total de la población estudiada varió entre los 26 y 34 semanas, con un promedio de 31.4 +/- 2.3 semanas.

En la Tabla N°06 se presenta el N° de atenciones prenatales de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante resultando un 73.3% lo que significa tener mayor de seis controles prenatales lo que coincide con los resultados de (12) en su trabajo resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, hospital regional santa teresa, 2015 quienes obtuvieron resultados similares en la que su población también tuvo una asistencia de más de cinco consultas prenatales.

En la Tabla N°07 se presenta el sexo del recién nacido de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante hallando como resultado un 58.3% de gestantes quienes sus recién nacido fueron de sexo femenino coincidiendo con los trabajos de Shiozaki A. et al . Impact of fetal sex in pregnancy-induced hypertension and preeclampsia in Japan. J Reprod

Immunol que el sexo fetal femenino es un factor de riesgo para HIE. Y el Valor Predictivo de la Prueba de Gant para la determinación de preeclampsia en gestantes entre las 28 – 32 semanas Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”- 2006 por Tatiana Evelyn Huamán Sarmiento.

Estudio analítico, prospectivo constituido por 50 gestantes que un 52% pertenecían al sexo femenino. Y según la Universidad de Bergen en el “El sexo del feto parece influir en la preeclampsia” (noruega obstétrica y ginecology) hace hincapié que experimentar un aumento de la presión arterial tiende a presentar niveles elevados de ciertas hormonas deduciendo que el sexo del feto puede influir en la preeclampsia.

En la tabla N°08 se presenta el APGAR al minuto del recién nacido de gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante teniendo como resultado el 95% con un APGAR normal coincidiendo con los resultados de Allan Iván Izaguirre y col en su trabajo resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, hospital regional santa teresa, 2015 en la hallaron un 94.1%(175) con puntaje de Apgar normal

De igual modo en la Tabla N°09 APGAR a los 5 minutos del recién nacido de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante teniendo como resultado un 95% en condiciones normales coincidiendo con los resultados de Allan Iván Izaguirre 94.1%(175) presentó puntaje de Apgar normal

En la Tabla N°10 se observa el Peso del recién nacido de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante hallándose un peso entre 2500-3900 gr equivaliendo al 78%. Coincidiendo con el estudio de Allan Iván Izaguirre et al en su trabajo resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, hospital regional santa teresa, 2015 en la que encontró un 84.4%(157) peso al nacer entre 2500 – 3999 gr.

Asimismo difiere con los estudios de Resultados perinatales en los manejos expectante e intervencionista de la preeclampsia severa por Ana Rocío Chuquispuma Torres en donde encontró que el peso del recién nacido de la población estudiada varió entre los 760 y 2450 gramos, con un promedio de 1712.8.

Que según Jolly M et al. En su investigación "*Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old*" las afecciones maternas y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pre término como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional; así como también la depresión neonatal evaluada a través de la puntuación Apgar.

En la Tabla N°11 se puede observar la talla del recién nacido de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante teniendo como resultado menor a 50 cm equivaliendo a un 80%. Según Sibai B, Dekker G, Kupfermanc M. Preeclampsia. Lancet 2005 Adicionalmente, el peso y la talla del recién nacido fue menor en las mujeres con hipertensión severa, situación que no obedecería a las diferencias en la edad gestacional de parto. Estos hallazgos justifican el mayor porcentaje de diagnóstico de RCIU en las mujeres con hipertensión severa en nuestro estudio, corroborando también estadísticas internacionales.

Y finalmente en la tabla N°12 trata del tipo de parto de las gestantes con preeclampsia que se realizaron el test estresante resultando un 61.7% de cesárea difiere con el estudio de Allan Iván Izaguirre y col en su trabajo resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, hospital regional santa teresa, 2015 donde la vía de parto más frecuente fue vaginal con un 63.4%(118).

V. CONCLUSIONES

1. Se Determinó la resultante perinatales en el recién nacido de gestantes pre eclámpticas con test estresante en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas en el año 2016. El 70% nacieron entre la semana 37 y 41 semanas de gestación; el Apgar al minuto y a los cinco minutos fueron normales con un 95%; el 78.3% tuvieron un peso de 2500 gramos a 3900 gramos, el 80% tuvo una talla menor a 50 centímetros y 61.7% nacieron por cesárea.
2. Se determinó las características demográficas de las gestantes pre eclámpticas con test estresante. En relación a la edad el 48.3% tuvieron de 16 a 24 años; mientras que el 58.3% alcanzaron una educación primaria; en cuanto al estado civil el 75% conviven con su pareja; 55% proviene de la zona urbana; 73.3% tuvieron mayor a 6 atenciones prenatales durante el embarazo.

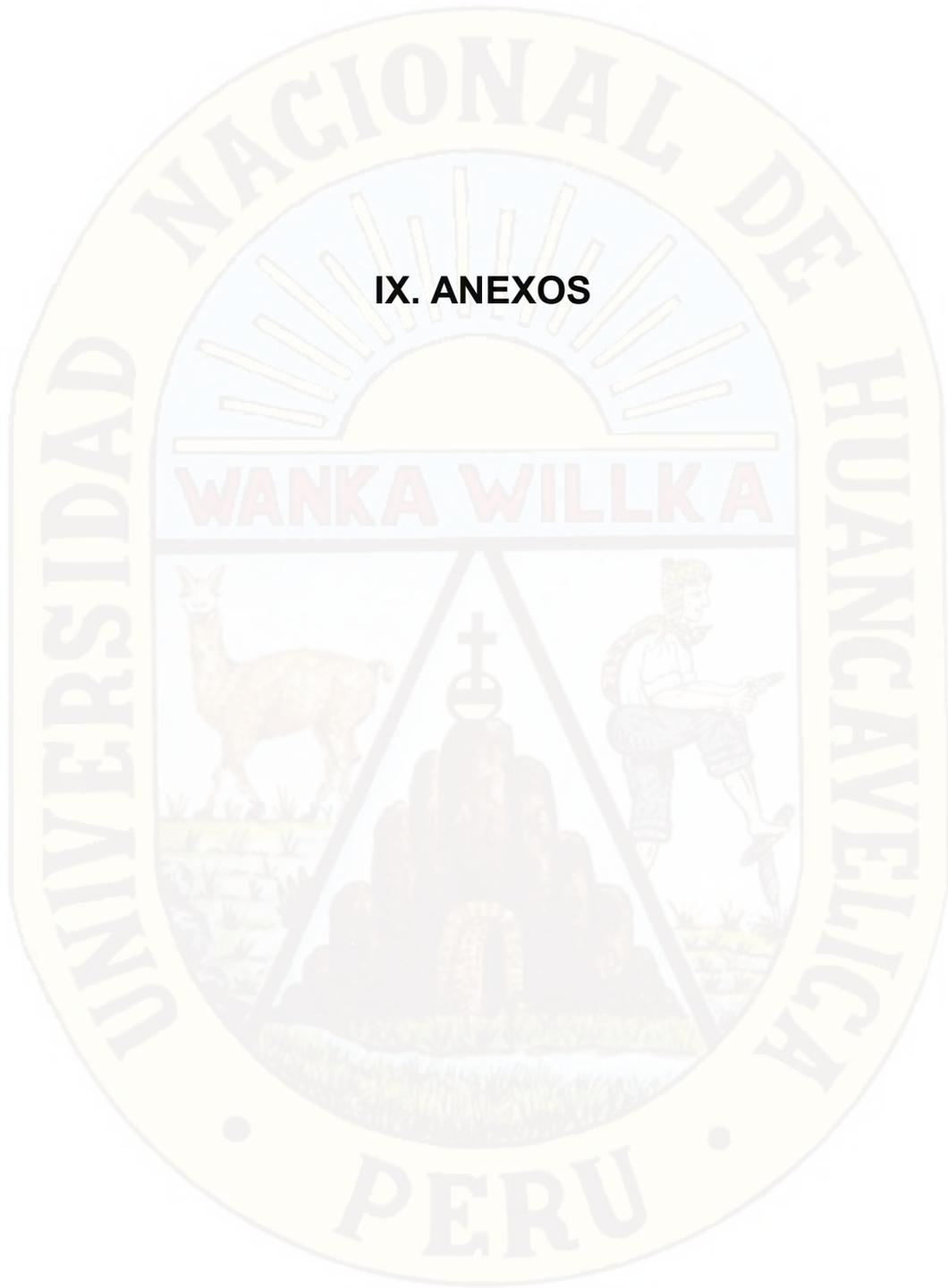
VI. RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios comparativos en el Hospital de Andahuaylas que abarquen una mayor población que pertenezca a diferentes instituciones hospitalarias como EsSalud, Fuerzas Armadas, con la finalidad de evaluar parámetros cardiotocográficos en el diagnóstico de preeclampsia, así mismo considerar de una posible estandarización con un único criterio de evaluar en el monitoreo fetal y saber el posible resultado fetal.
2. Se sugiere poner énfasis en la importancia de una adecuada atención Prenatal, en la Dirección Sub regional de Salud Apurímac, 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..
3. Aparte de los estudios retrospectivos realizados en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, sobre las atenciones en la Unidad de Monitoreo Electrónico Fetal, se debería realizar investigaciones de tipo prospectivo en sala de partos a través de monitoreo electrónico fetal intraparto en gestantes pre eclampsia

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias

1. Clemente Huaman L. HALLAZGOS CARDIOTOCOGRÁFICOS EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA - HUANCAMELICA 2016” Peru; 2016.
2. Romero y Cols. La frecuencia cardiaca fetal en pacientes con diagnóstico de preeclampsia leve y grave Mexico; 2000.
3. Ivanov y Asociados. “Monitoreo cardiográfico en embarazos complicados por preeclampsia” Bulgaria; 2006.
4. Ruiz. Hallazgos de monitoreo electrónico fetal en pacientes con preeclampsia. Instituto nacional materno perinatal. Enero a diciembre 2012 Peru; 2012.
5. Cevallos Chavez MB. Correlación clínica entre el monitoreo fetal intraparto intranquilizante y la resultante neonatal en gestaciones a término Hospital Enrique C. Sotomayor período 2007- 2009. Gauyaquil; 2010.
6. Romero Arauz Juan Fernando, et. al. Utilidad de la prueba sin estres en la preeclampsia. 2001; 69: p. 213-217.
7. Balderas Lopez I. Correlacion de la prueba sin estres en pacientes con embarazo complicado con preeclampsia y sus resultados perinatales Monterrey; 1993.
8. Chuquispuma Torres AR. Resultados perinatales en los manejos expectante e intervencionista de la preeclampsia severa. Peru; 2014.
9. Natalia Beatriz Benites et.al. Resultados perinatales en madres adolescentes Argentina; 2008.
10. Angulo Cardenas A. Características carditocograficas del producto de madres con hipertension inducida por el embarazo Peru; 1998.
11. Huaman Sarmiento TE. Valor Predictivo de la Prueba de Gant para la determinación de preeclampsia en gestantes entre las Peru; 2007.
12. IZAGUIRRE GONZALEZ AI, ET AL. Transtorno Hipertensivo del embarazo realizado en el hospital santa teresa colombia -Bogota; 2015.
13. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio MdP. Matodologia de la investigacion cientifica Mexico; 2014.
14. Borjas Rodriguez Bryan Alexander et.al. Transtorno Hipertensivo de embarazo en la sala de labor y parto del hospital Honduras; 2013.
15. OMS) Omdls. incidencia de preeclampsia. 2012.
16. Tejada Saldarriaga SJ. Relación entre las conclusiones del test no estresante y los resultados perinatales en embarazos a término de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero - agosto 2015 Peru; 2015.
17. Galarza López CL. Hallazgos Cardiotocográficos en gestantes con embarazo prolongado en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 2009 – 2010 Peru; 2009-2010.
18. Garcia Liscano DK. Relacion entre el test estresante y el apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el hospital nacional maria auxiliadora año 2015 Peru; 2015.
19. Mañuico Vivanco NG, breña Malvaceda C. UTILIDAD DEL TEST NO ESTRESANTE EN EDAD MATERNA AVANZADA CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA ATENDIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL-2016 Peru; 2017.
20. Gamarra Tenorio PE. TEST NO ESTRESANTE Y ESTRESANTE EN EMBARAZOS A TÉRMINO TARDÍO Y SU REACCIÓN CON LOS RESULTADOS PERINATALES HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DEL CALLAO Enero a Diciembre del 2015 Peru; 2015.
21. Balbuena Barrientos Td. Influencia de la pre eclampsia en el trazado cardiotocografico fetal, Hospital Santa María del Socorro de Ica, marzo – setiembre 2015 Peru; 2015.
22. Garcia Rodriguez NS. Estudio comparativo de los resultados carditocograficos en el embarazo a termino y prolongado hospital Victor Lasarte Echeagaray Peru; 2017.



IX. ANEXOS

ANEXO I
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
TÍTULO: RESULTADOS PERINATALES EN EL RECIÉN NACIDO DE GESTANTES PREECLÁMPTICAS CON TEST ESTRESANTE EN EL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS 2016

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
UNIVARIABLE Resultados perinatales en recién nacidos de Gestantes pre eclámpticas con test. Estresante en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2016	Son aquellos parámetros que se miden antes y después del nacimiento	Resultantes perinatales del Recién nacido: peso del Recién nacido, Apgar, etc. Se usó una guía de recolección de datos.	Características demográficas	Edad	años	De razón
				Grado de Instrucción	Sin Instrucción Primaria Secundaria Superior	Nominal
				Estado Civil	Soltera Conviviente Casado	Nominal
				Procedencia	Urbano Rural	Nominal
			Resultados perinatales del recién nacido	Atención prenatal	Mayor a 6CPN (adecuado) Menor a 6CPN (incadecuado)	Nominal
				Tipo de parto	Vaginal Cesárea	De razón
				Edad gestacional del RN	Semanas	Nominal
				Sexo	Femenino masculino	Nominal
				Apgar al minuto	Tono muscular Esfuerzo respiratorio Frecuencia cardíaca Reflejos Color de piel	Nominal
				Apgar a los 5 min	Tono muscular Esfuerzo respiratorio Frecuencia cardíaca Reflejos Color de piel	Nominal
				Peso del RN	Kg	De razón
				Talla del RN	cm	De razón

ANEXO II
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	MARCO TEORICO	VARIABLE	METODOLOGÍA
¿Cuál son los resultados perinatales en el recién nacido de gestantes con preeclámpticas con test estresante atendidas en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas durante el año 2016?	<p>Objetivos de la Investigación.</p> <p>Objetivo General Determinar los resultados perinatales en el recién nacido de gestantes preeclámpticas con test estresante en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2016</p> <p>Objetivos Especifico Determinar las características demográficas de las gestantes preeclámpticas con test estresante en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2016. Determinar la resultante perinatal en el recién nacido de gestantes preeclámpticas con test estresante en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas 2016.</p>	<p>A NIVEL INTERNACIONAL Iván Izaguirre González,Jaime Jahaziel Cordón Fajardo,Alejandro Ramirez Izcoa,Videlda Grissel Aguilar Reyes,Gustavo Antonio Valladares Rivera,4 Jennifer Pamela Cerna Lizardo,Tania Berenice Fernández,Rubén Darío Fernández Resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, Hospital Regional Santa Teresa, 2015</p> <p>Allan Objetivo. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo de la sala de labor y parto del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, durante el año 2015. Métodos. Estudio observacional descriptivo. En este período ingresaron 6,090 gestantes, de las cuales 361 (5,9%) presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo. Se estimó un tamaño de muestra de 186 (51,5%, IC95%). Las variables estudiadas fueron: datos maternos, datos clínicos y del nacimiento, complicaciones perinatales. Resultados. El 58,6%(109) eran gestantes entre 19-35 años, 73,1%(136) procedentes de área rural, 65,1%(121) con más de cinco consultas prenatales. La vía de parto más frecuente vaginal en 63,4%(118) y el trastorno hipertensivo más frecuente fue preeclampsia-eclampsia con 65,1%(121). El 53,2%(99) de los recién nacidos fueron del género masculino, 94,1%(175) presentaron puntaje de Apgar normal, 84,4(157) peso al nacer entre 2500 – 3999 gr. La complicación materna y perinatal más frecuente fue el síndrome de HELLP con 3,8%(7) y síndrome de distress respiratorio 10,2%(19). Discusión. El 58,1% de los recién nacidos presentó alguna complicación al momento del</p> <p>.A NIVEL NACIONAL Ruiz (2014) efectuó un trabajo titulado “Hallazgos de monitoreo electrónico fetal en pacientes con preeclampsia. Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero a diciembre 2012” donde observo que los resultados cardiotocográficos del test estresante en las gestantes con preeclampsia fueron en el 100% con una línea de base normal, una variabilidad mínima (<5)) en 58,9%, presencia de aceleraciones en el 79,5%, ausencia de desaceleraciones en el 83,6%, presencia de contracciones regulares en el 90,4% y la conclusión que se obtuvo en el 73,3% fue negativo reactivos.</p>	<p>Univariable</p> <p>Resultados perinatales en recién nacidos de gestantes pre eclámpticas con test estresante Indicadores.</p>	<p>Tipo de Investigación Básica, observacional Nivel de investigación</p> <p>Nivel de Investigación El nivel fue descriptivo porque describe por que describe el fenómeno como se presenta, es decir describe tal cual se muestra la variable.</p> <p>Método de Investigación Inductivo. El método es básico porque es utilizado a fin de que la variable resultados perinatales del recién nacido de gestantes pre eclámpticas con test estresante en el hospital sub regional de Andahuaylas 2016 analizadas.</p> <p>Diseño de Investigación En esta investigación se utilizó el diseño no experimental, descriptivo simple, cuyo esquema es:</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>Donde M = Gestantes pre eclámpticas que se hicieron test estresante</p> <p style="text-align: center;">O = Representa la información (Resultados perinatales) es decir la medición de la variable.</p> <p>Población: La muestra es Censal, 60 gestantes con diagnóstico de preeclampsia a quienes se les realizó el test estresante en la Unidad de bienestar fetal durante el periodo 2016.</p> <p>Muestra: La muestra Censal, 60 gestantes con diagnóstico de preeclampsia a quienes se les realizó el test estresante en la Unidad de bienestar fetal durante el periodo 2016.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>Técnica La técnica utilizada fue documental, ya que los datos se obtuvieron del Libro de Registro de la Unidad de Monitoreo Fetal, y de las historias clínicas los cuales fueron registrados en la ficha de Recolección ,Criterios de inclusión:</p> <p>Instrumento: Es una ficha de Recolección que está dividida en Características generales, características obstétricas, características del parto y resultados perinatales.</p> <p>Criterio de Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia clínica de gestantes con preeclampsia a quienes se les realizo un test estresante. ✓ Historia clínica de gestantes con feto único presentación cefálica . <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica de gestantes con otras patologías asociadas. • Historia clínica de gestantes con embarazo múltiple. • Historia clínica de gestantes en trabajo de parto que tuvieron trazados cardiotocográficos. • Anomalías fetales. • Anomalías uterinas.

**ANEXO III
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD DE EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
**“RESULTADOS PERINATALES EN EL RECIÉN NACIDO DE
GESTANTES PREECLAMPTICAS CON TEST ESTRESANTE EN EL HOSPITAL
SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS, AÑO 2016.”**

N° Ficha: _____

N° HC: _____

I. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS:

1. Edad:

1. 16-24 años
2. 25-33 años
3. 34-42 años

2. Grado de instrucción:

1. Sin instrucción
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

3. Estado civil:

1. Soltera
2. Conviviente
3. Casada

4. Localidad de procedencia:

1. Urbano
2. Rural

5. Servicio de procedencia:

1. Emergencias Obstétricas
2. Hospitalización
3. UCEO

II. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS:

6. FO: G__ P__

1. Primigesta
2. Multigesta
3. Gran Multigesta

7. Edad Gestacional

1. < 37 semanas
2. 37 – 41 semanas
3. >41 semanas

8. Número de atenciones prenatales:

1. < 6 APN
2. > 6 APN

III. RESULTADOS PERINATALES:

9. Sexo:

1. Masculino
2. Femenino

10. Apgar: 1 min:

1. 0 - 3
2. 4 - 6
3. 7 - 10

11. Apgar : 5 min:

1. 0 - 3
2. 4 - 6
3. 7 - 10

12. Peso: _____ gr.

1. <2500gr
2. 2500gr – 3999gr.
3. >4000gr.

13. Talla: _____cm.

1. <50cm
2. >50cm

14. Muerte fetal:

1. Si
2. No

15. Depresión Neonatal:

1. Leve
2. Moderado
3. Severo
4. No hubo

V. CARACTERISTICAS DEL PARTO:

16. Tipo de parto:

1. Vaginal
2. Cesárea

17. Líquido Amniótico:

1. Claro
2. Amarillento
3. Meconial

**ANEXO IV. REGISTROS VISUALES
DOCUMENTOS PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS**

FORMATO UNICO DE TRAMITE
SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
21 de Septiembre del 2017
Alex Quintana Blazquez
44 04 05 1 6

HOSPITAL DE ANDAHUAYLAS



UNIDAD DE BIENESTAR FETAL



LLENADO DEL INSTRUMENTO

UNIDAD DE BIENESTAR FETAL

MES: _____ AÑO: _____

NO. REGISTRO	FECHA	PROBLEMA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	EVOLUCION	COMENTARIOS
1	10/10/16	...	...	...	...	...
2	11/10/16	...	...	...	...	...
3	12/10/16	...	...	...	...	...
4	13/10/16	...	...	...	...	...
5	14/10/16	...	...	...	...	...
6	15/10/16	...	...	...	...	...
7	16/10/16	...	...	...	...	...
8	17/10/16	...	...	...	...	...
9	18/10/16	...	...	...	...	...
10	19/10/16	...	...	...	...	...
11	20/10/16	...	...	...	...	...
12	21/10/16	...	...	...	...	...
13	22/10/16	...	...	...	...	...
14	23/10/16	...	...	...	...	...
15	24/10/16	...	...	...	...	...
16	25/10/16	...	...	...	...	...
17	26/10/16	...	...	...	...	...
18	27/10/16	...	...	...	...	...
19	28/10/16	...	...	...	...	...
20	29/10/16	...	...	...	...	...
21	30/10/16	...	...	...	...	...
22	31/10/16	...	...	...	...	...

RESUMEN DE LA UNIDAD DE BIENESTAR FETAL DEL MES DE OCTUBRE 2016

INDICADOR	NO. DE CASOS	NO. DE ATENCIONES	NO. DE CONSULTAS	NO. DE EXAMENES	NO. DE INTERCONSULTAS	NO. DE REFERENCIAS
TOTAL	19	174	25	9	2	44
...

LIBRO DE REGISTRO DE LA UNIDAD DE MONITOREO FETAL

