



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“CARACTERIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO EN EL
DEPARTAMENTO DE GÍNECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO, PERÍODO
MARZO – AGOSTO DEL 2015”**

TESIS

**Para Optar el Título Profesional de:
Obstetra.**

AUTORAS

**EDITH MIRIAN SANTA CRUZ FLORES
MARLENY ALBITRES AGUIRRE**

ASESOR

DR. DANILO MARCIAL ESCOBAR GUTIÉRREZ

CHICLAYO - PERU

2016

DEDICATORIA

A Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mis padres Walter y Corina por estar siempre apoyándome en cada momento de mi vida.

A hija y esposo por el estímulo y el apoyo incondicional en todo momento, y por ser ellos la inspiración para finalizar esta tesis.

EDITH MIRIAN

DEDICATORIA

A Dios, por darme el don de la vida.

A mis padres Abdón y Clara por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida.

A mi hija Yesenia, porque simboliza el motor que impulsa mi superación.

A mi hermana Lidia, por su apoyo y confianza en el transcurso de mi vida universitaria.

MARLENY

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la vida y la salud que nos concede, por llamarnos a formar parte de este mundo tan maravilloso, por su presencia en cada momento de nuestras vidas, por habernos brindado la fortaleza necesaria en los tiempos más difíciles.

A la Universidad Particular de Chiclayo, porque en sus aulas, recibimos el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud en especial a la Escuela Profesional de Obstetricia.

A nuestro asesor de Tesis el Dr. Danilo M. Escobar Gutiérrez por su preciado tiempo y sus acertadas recomendaciones para el desarrollo de la Tesis.

LAS AUTORAS

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
1.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	11
c. Base Teórica	17
1.2 Problema	22
1.3 Hipótesis	22
1.4 Objetivos	23
1.5 Justificación de la Investigación	23
1.6 Variables: Operacionalización	25
II.MATERIAL Y MÉTODOS	27
2.1 Tipo de Investigación	27
2.2 Diseño de Contrastación	27
2.3 Población y muestra	27
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	28
2.5 Procedimiento	28
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	26
III. RESULTADOS	29
IV. DISCUSIÓN	35
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	47

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar las características del Sufrimiento Fetal Agudo en el Dpto de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, período marzo – agosto del 2015. Se realizó el presente estudio de tipo Descriptivo, Retrospectivo y transversal, cuyo diseño fue de Una Sola Casilla. La población muestral la constituyeron 75 Historias Clínicas de los casos de Sufrimiento Fetal Agudo.

Los principales resultados fueron:

- La incidencia de Sufrimiento Fetal Agudo fue 3.8%.
- El 29.33% de las madres de los RN con Sufrimiento Fetal Agudo se caracterizaron por tener edades entre 18 a 23 años, 40% tenían estudios secundarios completos, 64% procedían de zonas Urbanas, 60% fueron convivientes y 69.33%.fueron amas de casa.
- Prevalcieron las Gran multíparas en el 50.67%, con Edad Gestacional entre 37 – 41 semanas en el 58.67%, la mayoría con < 6 atenciones pre natales (52%), cuya vía de culminación de parto fue vaginal en el 50.67%.El momento de Diagnostico de SFA se presentó: en el Trabajo de Parto en Fase Latente: 22(29.33%), Trabajo de parto fase activa 38(50.67%), Trabajo de Parto en Expulsivo : 15(20%).
- El 62.37% de los productos fueron del sexo masculino, El peso del RN oscilaba entre 2500 – 3999 gramos en el 61.33%, el 52% tuvieron una puntuación de apgar al minuto entre 0 – 3 y el 49.33% entre 7 a 10 a los 5 minutos. El 64% (48) fueron complicaciones, dentro de ellas el Síndrome de Aspiración Meconial 24%, Destres Respiratorio 25%. El 14.67% fueron muertes perinatales.

ABSTRACT

With the overall objective of determining the characteristics of Acute Fetal Suffering in the Obstetrics Gynecology Department of Las Mercedes - Chiclayo Teaching Regional Hospital, from March to August, 2015. The present study was descriptive, retrospective and transversal, whose design was Of a Single Box. The sample population was constituted of 75 pregnant women diagnosed with acute Fetal Suffering.

The main results were:

- The incidence of Fetal Suffering was 3.8%.
- Mothers of infants with acute Fetal Suffering were 18 to 23 years of age, 40% had completed secondary education, 64% came from urban areas, 60% were cohabiting and 69.33% were housewives.
- Large multiparas prevailed in 50.67%, with Gestational Age between 37-41 weeks in 58.67%, most with <6 pre-natal care (52%), whose vaginal delivery pathway was 50.67%.
- 62.37% of the products were male, whose weight ranged from 2500 - 3999 grams in 61.33%, 52% had an apgar score between 0 - 3 and 49.33% between 7 and 10 at 5 Minutes. 64% (48) were complications, among them the Meconial Aspiration Syndrome and respiratory distress. The 14.67% were perinatal deaths.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es una entidad que se define como una perturbación metabólica compleja debido a una disminución de los intercambios feto maternos complejos, pudiendo provocar graves lesiones e incluso la muerte. Constituye una de las principales causas de morbilidad neonatal internacional y nacional. (1) Dadas las connotaciones del término y la baja sensibilidad diagnóstica durante el trabajo de parto varios autores han preferido usar el término Sospecha de Hipoxia Fetal. (SHF) (1)

Es por ello, que desde hace varios años, se ha planteado como un desafío la disminución de la mortalidad infantil, deseando entregar a la sociedad seres que alcancen una futura capacidad física e intelectual sin complicaciones. La elevada incidencia de estados morbosos durante el período neonatal, exige la identificación lo más tempranamente posible de los fetos y neonatos de alto riesgo.

A nivel mundial, cada año nacen cerca de 130 millones de niños; casi 3,3 millones nacen muertos y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Así pues la prematuridad y las malformaciones congénitas causan más de una tercera parte de las muertes neonatales, la mayoría en la primera semana de vida. Otro 25% de las muertes neonatales se producen por asfixia, sobre todo en el período neonatal temprano. Si bien

no existen estadísticas certeras sobre la magnitud del problema de asfixia neonatal, representa una de las principales causas de muerte, y estimaciones por la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiriendo que más de millón de recién nacidos que sobreviven a la asfixia desarrollan parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y otros problemas del desarrollo.(2) (3) Más aún, se estima que el número de años vida ajustados por incapacidad asociados a asfixia exceden a las condiciones que pueden ser prevenidas por inmunizaciones; debido a esto se debe dar más atención a este grave problema de salud pública.(4)

Una publicación de la OMS reveló que el 26% de los óbitos a nivel mundial ocurren al momento del parto. (3) Esta cifra es alarmante ya que estas muertes pueden evitarse con buenas prácticas obstétricas dentro de ellas el Monitoreo de la Frecuencia cardiaca Fetal. Estos datos indican que cuando se habla de asfixia neonatal es importante considerar también muertes fetales frescas. Desdichadamente esta indagación no está disponible en la mayoría de los países donde existe el mayor número de muertes por asfixia. (5)

La OMS certifica que del total de causas de muerte presentadas en niños menores de cinco años entre el 2000 y 2010, un 10% de estas se debió a la asfixia neonatal. Así pues, en el 2011, las complicaciones derivadas de un parto prematuro, las lesiones y la asfixia al nacer, también se encuentran entre las principales causas de muerte, cobrando la vida de muchos recién nacidos y lactantes. En este sentido, la OMS pone de relieve que de los 6,9 millones de niños que murieron antes de cumplir los

cinco años en 2011 casi todos (99%) fueron de países de bajos y medianos ingresos.(6)

En nuestro país, se han ejecutado estimaciones sobre la tasa de Asfixia Neonatal en diferentes Hospitales, dentro de ellos tenemos el Hospital Edgardo Rebagliatti de Lima en donde en el año 2008, se halló que la tasa estimada fue del 4 por mil nacidos vivos, mientras que en el Materno neonatal de Lima en ese mismo año fue 3.79 por mil nacidos vivos y en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el año 2010 se estimó una tasa de 1.43 por mil nacidos vivos. (7)

El diagnóstico del Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es de presunción clínica, por eso se habla de sospecha de hipoxia, mediante el control de la frecuencia cardíaca fetal, de probabilidad clínica, por alteración a nivel de la Monitorización Electrónica de la Frecuencia Cardíaca Fetal (MEFCF) y de certeza neonatológica, mediante el nacimiento de un niño con elementos de asfixia perinatal. (7)

Desde hace varias décadas el Monitoreo Electrónico Fetal de la Frecuencia Cardíaca Fetal (MEFCF) ha sido utilizado en el manejo del trabajo de parto y parto. En este punto, la Escuela Uruguaya encabezada por Caldeyro - Barcia sentó las bases de esta tecnología a nivel mundial. (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14)

En el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, donde se desarrolló el presente estudio, el Sufrimiento Fetal es una de las entidades que se presenta entre 8 a 10 casos mensualmente, pero no existen estimaciones que lo demuestren por todo ello, es que se realizó el presente

estudio con la finalidad de conocer las características del sufrimiento Fetal en nuestro establecimiento para poder tener casuística real y conocer un poco más sobre esta entidad. (15)

b) Antecedentes bibliográficos

En vista que existen pocos estudios sobre Sufrimiento Fetal Agudo y habiendo indagado que sus sinónimos o definiciones son exactamente comparables con las de asfixia fetal o hipoxia fetal se han integrado a los antecedentes estudios sobre estos términos.

Internacionales

Bohórquez M. (Ecuador) (2013). (16) Ejecutaron un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal cuyo objetivo fue determinar las causas de la incidencia de sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, durante el periodo comprendido entre septiembre del 2012 hasta febrero del 2013 en 46 gestantes de 13 a 19 años con sufrimiento fetal agudo, hallando que: el 46% de las gestantes tienen 15 y 16 años de edad, 70% se dedican a los quehaceres domésticos, 63% tienen instrucción primaria, 70% fueron diagnosticadas con sufrimiento fetal agudo entre las 32 a 35 semanas de gestación, 90% no asistieron con frecuencia al control prenatal, lo que hace esta ultima la causa más relevante de Sufrimiento Fetal en la población estudiada. Los autores concluyeron que, el Sufrimiento Fetal Agudo predominó durante el Trabajo de Parto, asociado a alto porcentaje de inducción. La presentación más frecuente fue el DIPS 2 y la vía de culminación más utilizada fue la cesárea, con 4 de 5 RN de término. El

Apgar elevado, sugiere que algunos casos de SFA no se correlacionan con el diagnóstico en neonatología.

Rincón P, Del Riesgo L. Ibáñez M (Colombia) (2012). (17) Ejecutaron un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo de anteparto, intraparto y fetales asociados a asfixia perinatal en los recién nacidos del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Mayor Méderi de Bogotá, 2010 - 2011. El estudio fue de casos y controles. Encontrando que los factores de riesgo para asfixia perinatal fueron: antecedentes patológicos maternos (OR = 6.00), primigestación (OR = 1.91), abrupcio placenta (OR = 25,00), hemorragia del tercer trimestre (OR = 12.50), Oligohidramnios (OR= 6.25), taquicardia fetal (OR = 7.66), monitoreo fetal intraparto anormal (OR = 10.33), expulsivo prolongado (OR = 13.00), fiebre materna ($p < 0.001$), corioamnionitis ($p < 0.001$), convulsiones maternas ($p < 0.001$), bradicardia fetal ($p = < 0.001$).

Moreno J, Rodríguez L, Pérez M, Diffur R, Canet M. (Cuba) (2012). (18) Realizaron un estudio observacional - retrospectivo de 28 neonatos con asfixia al nacer en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde enero del 2009 hasta diciembre del 2011, con vistas a describir algunas variables prenatales, natales y posnatales relacionadas con la evolución clínica y supervivencia de ellos. En la serie 23 pacientes egresaron vivos y 5, fallecidos; asimismo, las muertes de los recién nacidos estuvieron mayormente asociadas a la hipertensión arterial en las madres y el nacimiento después de la semana gestacional 42, en tanto el líquido amniótico meconial y las alteraciones de

la frecuencia cardíaca fetal, predominantemente la bradicardia, constituyeron los principales factores de riesgo intraparto.

Rivero M, Alegre M, Gonzales M y Navarro S (Cuba) (2007). (19)

Realizaron un estudio retrospectivo de 1074 partos consecutivos, entre julio y diciembre en un Hospital de Corrientes. El diagnóstico de SFA se efectuó en presencia de DIPS 2 sin recuperación, DIPS 3 a repetición, Bradicardia Fetal Sostenida (BFS), o clínicamente al ingreso a neonatología. Resultados: Se identificaron 67 madres con SFA, la edad fue 26.5 ± 7.3 años. Se diagnosticó DIPS 2: 42 (62.7%), BFS: 15 (22.4%), y DIPS 3: 2 (3%), durante el Trabajo de Parto en 30 (44.8%), con un tiempo desde el diagnóstico al nacimiento de 36.7 ± 53.5 minutos. Características asociadas más frecuentes: inducción al Trabajo de Parto (42%), rotura prematura de membranas (18%) e hipertensión arterial (15%). Vía de culminación: cesárea abdominal 56.7%, parto vaginal 40.3%, y parto forcipal 3%. Apgar al 1º y 5º minuto 6.6 ± 2.3 y 8 ± 1.4 . Edad gestacional del RN fue 38.7 ± 1.6 semanas, con 10.4% de pretérminos y 7.4% de postérminos, con un peso de 3271 ± 580 gramos.

Complicaciones de RN: Distres respiratorio en el 18%, aspiración de líquido meconial en el 30%.

Nacionales

Rodríguez J; Osorio C (Puno) (2009). (20) Realizaron un estudio con el objetivo de conocer los factores de riesgo para asfixia perinatal en recién nacidos del Servicio de Pediatría del Hospital del Altiplano. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, analítico en recién nacidos

ingresado al Servicio de Pediatría del Hospital del Altiplano con diagnóstico de asfixia perinatal. La información se obtuvo de la revisión de los expedientes clínicos. Resultados: Se reportaron 21 casos con diagnóstico de asfixia perinatal. Siendo el sexo masculino el 66% y femenino el 44%. En el 33% madres adolescentes con pico de edad a los 15 años (14%). Madre primigesta 57.1%, segundigesta 23.8%, tuvo por medio de parto (44%) y el resto por medio de operación cesárea (66%). Se reportó sufrimiento fetal agudo en el 28.5%, trauma obstétrico 23%, ruptura prematura de membranas 10%, presencia meconio en líquido amniótico 33%, presentación pélvica 4.7%, embarazo gemelar 4.7%, circular de cordón a cuello 23.8%, malformaciones congénitas en 9.5%.

Locales

Montalvo F (Chiclayo) (2014). (21) Realizó un estudio con el objetivo general de determinar la incidencia y los factores de riesgo asociados a la Asfixia Perinatal en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, período Enero – Diciembre 2013. Hallando los siguientes resultados: La incidencia Asfixia Perinatal en la población motivo de estudio fue 0.9%. Los principales factores de riesgo maternos asociados a la Asfixia Perinatal son Eclampsia, Anemia y Mala Historia Obstétrica. Dentro de los principales factores de riesgo útero - placentarios asociados a la Asfixia Perinatal se encuentra a la Hipotonía y Placenta previa. Los principales factores de riesgo obstétricos asociados a la Asfixia Perinatal son Líquido amniótico meconial, Incompatibilidad Céfalopélvica, trabajo de parto prolongado, Ruptura prematura de membranas y Oligoamnios. Dentro de los principales factores de riesgo fetales asociados a la Asfixia Perinatal tenemos al Bajo

peso al nacer, Prematuridad, Malformación congénita, Perfil biofísico bajo y fetos múltiples.

Fernández C, Pariacuri E (Perú) (2014). (22) Elaboró una investigación con el objetivo general de determinar los Factores Maternos que influyen en la Depresión Neonatal en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, durante Enero – Diciembre del 2013. Se realizó el siguiente trabajo de investigación de tipo Descriptivo / Observacional y Longitudinal, cuyo diseño fue de casos y controles. La población muestral estuvo constituida por todos los recién nacidos con diagnóstico Depresión neonatal atendidos en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital en mención, que cumplieron con los criterios de selección y que fueron un total de 23, para los controles se trabajó con un número igual al de los casos. Los principales resultados fueron: La incidencia de Depresión Neonatal en el período de estudio fue 0.6%. Los factores maternos que influyen en la presencia de Depresión Neonatal en el periodo de estudio fueron la Eclampsia, parto prematuro, Oligoamnios, ITU, edades extremas y RPM. Las madres de los recién nacidos motivo de estudio fueron en su mayoría Gran multíparas, con edad gestacional a término y controladas.

c) Base teórica

El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA), o distrés fetal, es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve. (23) En general,

el SFA es causada por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.

Patogenia

Cuando disminuye el aporte de oxígeno en los tejidos fetales, disminuye el metabolismo de glucosa necesario para la energía celular. (24) Si la hipoxia perdura o se agrava, la célula deja de ser capaz de mantener los requerimientos básicos y la célula muere. Para aprovechar al máximo el poco oxígeno disponible, el feto responde redirigiendo la circulación a los órganos vitales como el corazón y el cerebro. (23) El empeoramiento de la hipoxia intestinal causa un aumento de la motilidad y consecuente liberación de meconio al líquido amniótico, uno de los signos indirectos de hipoxia fetal. La degradación anaeróbica de la glucosa causa un exceso de base seguido de una acidosis.

Durante las contracciones uterinas, el aporte circulatorio del espacio intervelloso disminuye y por ello desciende el aporte de oxígeno. Cuando las contracciones se vuelven duraderas y frecuentes, aparece la hipoxemia que conlleva a alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

Cuadró Clínico

Los signos y síntomas de Sufrimiento Fetal Agudo incluyen:

- Disminución del movimiento fetal sentido por la madre.
- La aparición de meconio en el líquido amniótico. (25)
- Signos cardiotocográficos:

- Un aumento o disminución de la frecuencia cardíaca fetal (taquicardia o bradicardia), especialmente durante y después de una contracción uterina. (25)
 - Disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal.
- Señales bioquímicas, evaluadas por la toma de una pequeña muestra de sangre del bebé a través del cuello uterino abierto en el trabajo de parto.
 - Acidosis fetal:
 - Niveles elevados de lactato en sangre fetal, que indica que el bebé tiene una acidosis láctica.
 - Algunos de estos signos son más fiables y representativos de un franco sufrimiento que otros. Por ejemplo, la cardiotocografía puede dar alta tasas de falsos positivos, incluso en una interpretación de gran experiencia del personal médico. La acidosis es un predictor fiable, pero no siempre está presente. Un método muy eficaz para la evaluación de peligro sería utilizar la frecuencia cardíaca fetal como un primer indicador de peligro, (26) que se confirma con un método más fiable para el diagnóstico antes de que el tratamiento radical se lleve a cabo.
 - Diagnóstico: El diagnóstico del SFA es de presunción clínica con la sospecha de hipoxia, fundamentado en una alteración a nivel de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y certeza neonatológica se realiza mediante el nacimiento de un niño con elementos de asfixia perinatal. (24)

Definición de Términos y Conceptos

Sufrimiento Fetal Agudo:

Presencia de asfixia fetal persistente que cuando no se corrige traspasa los mecanismos que buscan compensarla y pueden ocasionar lesión neurológica permanente o la muerte fetal. (27)

Asfixia:

Asfixia significa etimológicamente falta de respiración o falta de aire. Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La asfixia va a menudo acompañada de isquemia, la cual agrava a su vez la hipoxia tisular, y de acumulación de productos del catabolismo celular. Hablamos de asfixia perinatal porque ésta puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, como también después del nacimiento. (4)

Acidosis Fetal:

La acidosis fetal se produce como consecuencia de una alteración en el intercambio gaseoso transplacentario que determina un déficit en la eliminación de dióxido de carbono y un insuficiente aporte de oxígeno, esto da lugar a la instauración de un metabolismo anaerobio con el aumento de la producción de ácido láctico. Este proceso puede ser transitorio o establecerse de forma permanente, aunque en ambas situaciones se ponen en marcha mecanismos compensadores que intentan corregir la situación con mayor o menor éxito. Aun en los casos de evolución

transitoria la acidosis fetal puede provocar complicaciones permanentes que, aunque inicialmente desapercibidas, pueden ser identificadas tras el parto; por tanto, es importante detectar y corregir la acidosis fetal precozmente, ya que su prolongación da lugar a una mayor repercusión clínica, destacando en este sentido el daño neurológico permanente. El estado metabólico del recién nacido se establece mediante el análisis del equilibrio ácido-base en sangre de cordón umbilical y tiene su correspondencia clínica en la puntuación del test de Apgar; así valores de $\text{pH} < 7,00$ se asocian a puntuaciones ≤ 3 al 1º y 5º minuto. Clásicamente se establecía el valor límite de normalidad del pH en arteria umbilical en 7,20, sin embargo, se ha podido comprobar que podemos aceptar como normales cifras entre 7,10 y 7,15. (28)

Puntuación de Apgar:

El test de Apgar fue desarrollado por la pediatra y anestesista Virginia Apgar. Fue publicado por primera vez en 1953. (29) El test de Apgar es un examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en donde el Obstetra, quien atiende el parto se realiza una prueba en la que valoran 5 parámetros, que son: Tono muscular, Esfuerzo respiratorio, Frecuencia cardíaca, Reflejos y coloración de la piel.

El test se realiza al minuto, a los cinco minutos (y, ocasionalmente, cada 5 minutos hasta los 20 minutos de nacido si la puntuación hasta los cinco minutos es inferior a siete). La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento (Pronóstico), mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación(Diagnóstico). Un recién nacido

con una puntuación más baja al primer minuto que al quinto, obtiene unos resultados normales y no implica anormalidad en su evolución. De lo contrario, a un recién nacido que marca 0 puntos de Apgar se debe de evaluar clínicamente su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte.

Apgar puede usarse como un acrónimo para recordar los criterios evaluados: Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración.

TEST DE APGAR

CRITERIOS A EVALUAR	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< de 100	>de 100
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Superficial lenta	Llanto inmediato
Coloración de la Piel	Cianosis, palidez	Cianosis en extremidades ,Tronco rosado	Rosado todo el cuerpo
Tono Muscular	Flácido	Ligera flexión en extremidades	Movimientos activos
Respuesta a Estímulos	Ninguna	muecas	Respuesta vigorosa , llanto

Apgar al 1 minuto	Apgar los 5 minutos	Interpretación valorativa
0-4	0-6	Intensamente deprimido
5-7	7-8	Adaptación media
8-10	9-10	Adaptación buena

1.2 Problema:

¿Cuáles son las características del Sufrimiento Fetal Agudo en el Dpto de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, período marzo – agosto del 2015?

1.3 HIPOTESIS:

Implícita

1.4 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar las características del Sufrimiento Fetal Agudo en el Dpto de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, período marzo – agosto del 2015.

Objetivos Específicos:

1. Estimar la incidencia de Sufrimiento Fetal Agudo en el período de estudio.
2. Conocer el perfil epidemiológico materno.
3. Determinar las Características Gineco – Obstétricas maternas.
4. Determinar las Características perinatales.

1.5 Justificación de la Investigación:

El Sufrimiento Fetal Agudo es un grave problema que se presenta en aproximadamente el 15% de las gestantes en trabajo de parto, produciendo una mortalidad perinatal elevada o lesiones neurológicas irreversibles si no se actúa a tiempo. Es por ello que las gestantes en peligro de desarrollar insuficiencia útero - placentaria o portadoras de enfermedades crónico - degenerativas que alteren su homeostasis, deben ser vigiladas cercanamente para buscar signos de posible deterioro del producto. (2)

Uno de los cambios más impresionantes en Obstetricia ha sido el empleo de parámetros biofísicos y bioquímicos en la valoración del bienestar fetal, lo que ha permitido identificar a los productos de riesgo y orientar el tratamiento, lográndose así disminuir los problemas perinatales. El empleo del monitoreo electrónico fetal permite evaluar el estado del producto de riesgo en el periodo prenatal a través de una prueba de contracción, así como en el intraparto, ya que en la mayor parte de los casos, la actividad uterina es el factor desencadenante del sufrimiento fetal, al sumarse a las otras causas o factores predisponentes. (8)

Identificado el feto en estrés, existe un impulso casi irrefrenable, por parte de algunos médicos tratantes, de querer liberarlo a la brevedad posible, recurriendo en la mayoría de los casos al parto por vía abdominal, por lo que se recomienda tener presente que un feto en hipoxia se encuentra en la misma situación que un niño o un adulto en mal estado general, el mismo que deberá ser sometido a una prueba de esfuerzo y ante la cual, si

no se toman en cuenta medidas de estabilización de sus funciones vitales, sucumbirá o sufrirá daño severo e irreversible. (8) (10) (11)

Dentro de la medicina fetal, cada día se observa una mayor aceptación por los diferentes tratamientos intraútero del producto afectado, y dentro de ellos, las medidas terapéuticas de reanimación del feto en estrés intrauterinamente, va ganando su propio espacio. (14)

Varios eruditos en la materia han estimado que, la importancia del reconocimiento de SFA radica en que cuando el problema se detecta rápidamente y se trata de manera apropiada e inmediata, se impide el daño. (5) (7) (10) (32)

Es por ello que se presenta el siguiente estudio de gran relevancia en la Gineco – Obstetricia y de grandes implicancias médico – legales con el único propósito de determinar las características del

Sufrimiento Fetal Agudo en el Hospital y período antes mencionado, más aún que no existen investigaciones abocadas a este tema, de esta forma estaremos poniendo a merced de las autoridades médicas nuestros resultados para la toma de acciones encaminadas a salvaguardar al binomio Madre – Hijo.

1.6 Variables:

- **Variable Independiente:** caracterización
- **Variable Dependiente:** Sufrimiento Fetal Agudo.

Operacionalización de Variables

Variables	Dimensiones	Indicador	Sub Indicador	Escala	Instrumento
Variable independiente Caracterización	Perfil Epidemiológico Materno	Edad	≤17 18 – 23 24 – 29 30 – 35 >35	Intervalo	F I C H A D E R E C O L E C C I O N D E D A T O S
		Procedencia	Urbana Urbana – Marg Rural	Nominal	
		Estado Civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal	
		Ocupación	Ama de Casa Empleada	Nominal	
		Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal	
	Características Gineco - Obstétricas	Edad Gestacional	≤ 27 28 – 36 37 – 41 ≥ 42	Intervalo	
		Paridad	Primípara Multípara Gran Multípara	Ordinal	
		Atención Pre Natal	≥ de 6 APN < de 6 APN	Ordinal	
		Vía de Culminación del Parto	Vaginal Cesaria	Nominal	
		Momento de DX de SFA	Trabajo de parto: Fase Latente Trabajo de parto: Fase Activa Trabajo de parto: Expulsivo	Nominal	
	Características Perinatales del Recién Nacido	Sexo	Masculino Femenino	Nominal	
		Peso	< 1500 1500 – 2499 2500 – 3999 ≥ 4000	Razón	
		Apgar al min	7 – 10 4 – 6 < 4	Intervalo	
		Apgar a los 5 min	7 – 10 4 – 6 < 4	Intervalo	
		Morbilidad	Si No	Nominal	
		Mortalidad	Si No	Nominal	
Variable Dependiente Sufrimiento Fetal Agudo	Clínica	Monitoreo electrónico fetal	<110 >160	Intervalo	
		Líquido Amniótico	+ /+++ ++ /+++ +++ /+++	Ordinal	

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

1.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Descriptivo, Retrospectivo y Transversal. (33)

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

- Descriptivo. De Una Sola Casilla. (33)

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por todos los casos de Sufrimiento Fetal Agudo reportados en el Departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Historia Clínica Perinatal Completa.

Criterios de Exclusión

- Uso de drogas o anestesia materna.
- Malformaciones del Sistema Nervioso Central.
- Enfermedad neuromuscular o cardiopulmonar.

Muestra: La muestra lo constituyo el 100% de las 75 historias clínicas.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de la información se elaboró una Ficha de Recolección de Datos, que contiene Datos generales como Específicos, que dan respuesta a los objetivos planteados, datos obtenidos dentro del Sistema Informático Perinatal (SIP) que se revisó. Como técnica se utilizó el fichaje.

2.5 PROCEDIMIENTO:

Luego de obtener el permiso del Hospital antes mencionado y la respectiva aprobación del Proyecto de Tesis, se procedió a la recolección de la información. Seguidamente los datos fueron plasmados en la ficha clínica, para a luego procesarse con el paquete estadístico SPSS versión 21 y ser consignada en cuadros o tablas estadísticos.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos fueron consolidados en cuadros o tablas Unidimensionales con sus respectivas frecuencias relativas y porcentuales.

III.- RESULTADOS

CUADRO N° 1:

En el siguiente cuadro se puede apreciar que la incidencia de Sufrimiento Fetal Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo en el período marzo – agosto del 2015 fue 3.8%.

CUADRO N° 2:

En lo que atañe al perfil epidemiológico materno podemos prestar atención que prevalecieron las madres cuyas edades fluctuaban entre 18 a 23 años en el 29.33%, 40% tenían estudios secundarios completos, 64% procedían de zonas Urbanas, 60% fueron convivientes y 69.33% fueron amas de casa.

CUADRO N° 3:

En lo que atañe a las características Gineco – Obstétricas maternas

Podemos observar que prevalecieron las Gran multíparas en el 50.67%, con

Edad Gestacional (EG) 37 – 41 semanas en el 58.67%, la mayoría con < 6

Atenciones pre natales (52%), cuya vía de culminación de parto fue vaginal

En el 50.67%.El momento de Diagnostico de SFA fue: Trabajo de parto: Fase

Latente 22(29.33%), trabajo de parto Fase activa 38 (50.67%), Trabajo de

Parto: Expulsivo 15(20%).

CUADRO N° 4:

Dentro de las características perinatales se halló que prevalecieron los productos masculinos en el 62.37%. El peso del RN oscilaba entre 2500 – 3999 gramos en el 61.33%, el 52% tuvieron una puntuación de apgar al minuto entre 0 – 3 y el 49.33% entre 7 a 10 a los 5 minutos. El 64% (48) fueron complicaciones, dentro de ellas Síndrome de Aspiración meconial en el 24% y distrés respiratorio en el 25%. El 14.67% fueron muertes perinatales.

CUADRO N° 1

**INCIDENCIA DEL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO DEPARTAMENTO DE
GINECO OBSTETRICIA HRD LAS MERCEDES – CHICLAYO
MARZO – AGOSTO DEL 2015.**

INCIDENCIA	N°	%
TOTAL DE NACIMIENTOS	1978	100
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	75	3.8

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

CUADRO N° 2

PERFIL EPIDEMIOLOGICO MATERNO DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA HRD LAS MERCEDES – CHICLAYO
MARZO – AGOSTO DEL 2015.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS	N =75	100
EDAD	N°	%
≤ 17	10	13.33
18 - 23	22	29.33
24 - 29	14	18.67
30 - 35	9	12
> 35	20	26.67
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeta	0	0
Primaria	24	32
secundaria	40	53.33
superior	11	14.67
PROCEDENCIA	N°	%
Urbana	48	64
Urbana - Marginal	18	24
Rural	9	12
ESTADO CIVIL	N°	%
Casada	25	33.33
Conviviente	45	60
Soltera	5	6.67
OCUPACION	N°	%
Ama de Casa	52	69.33
Empleada	23	30.67

Fuente: Historia clínicas

CUADRO N° 3

CARACTERISTICAS GINECO – OBSTETRICAS MATERNAS
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA HRD LAS MERCEDES –
CHICLAYO MARZO – AGOSTO DEL 2015.

CARACTERISTICAS GINECO - OBSTETRICAS	N =75	100
EDAD GESTACIONAL	Nº	%
≤ 27	4	5.33
28 – 36	25	33.33
37 – 41	44	58.67
≥ 42	2	2.67
PARIDAD	Nº	%
Primípara	12	16
Múltipara	25	33.33
Gran Múltipara	38	50.67
ATENCION PRE NATAL	Nº	%
≥ 6	36	48
< 6	39	52
VIA DE CULMINACION DE PARTO	Nº	%
Vaginal	38	50.67
Cesárea	37	49.33
MOMENTO DE DX DE SFA	Nº	%
Trabajo de parto: Fase Latente	22	29.33
Trabajo de parto: Fase activa	38	50.67
Trabo de parto: Expulsivo	15	20

Fuente: Historia clínicas

CUADRO N° 4

**CARACTERISTICAS PERINATALES DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA HRD LAS MERCEDES – CHICLAYO
MARZO – AGOSTO DEL 2015**

CARACTERISTICAS PERINATALES	N =75	100.00
SEXO	N°	%
Femenino	28	37.33
Masculino	47	62.67
PESO	N°	%
< 1500	09	12
1500 - 2499	15	20
2500 - 3999	46	61.33
≥ 4000	05	06.67
APGAR AL MIN	N°	%
7 – 10	02	02.67
4 – 6	34	45.33
0 – 3	39	52
APGAR A LOS 5 MIN	N°	%
7 - 10	37	49.33
4 - 6	31	41.33
< 4	07	09.33
COMPLICACIONES	N°	%
Si	*48	64
No	27	36
MUERTES	N°	%
Si	11	14.67
No	64	85.33

Fuente: Historia clínicas

CUADRO N° 5

**COMPLICACIONES PERINATALES DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA HRD LAS MERCEDES – CHICLAYO,
MARZO – AGOSTO DEL 2015**

COMPLICACIONES	Nº	%
SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL	18	24%
DISTRESS RESPIRATORIO	19	25%
MUERTE FETAL	11	14.67%

Fuente: Historia clínicas

IV.- DISCUSIÓN

Como se sabe, el Sufrimiento Fetal Agudo (SFA), es un término frecuentemente empleado para identificar una emergencia Obstétrica, en algunas ocasiones resulta impreciso e inespecífico, asociado con la obtención de un producto en buenas condiciones. Los vocablos englobados en el Diagnóstico de Hipoxia intraútero incluye, Acidosis, Anoxia, Asfixia fetal o intrauterina, hipoxia, Sufrimiento, Frecuencia cardíaca fetal anormal, Líquido meconial, Pasaje de meconio. Excluyendo la Hemorragia intracraneal debida a hipoxia o anoxia.

Sin embargo el Comité de Practica Obstétrica del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha expresado su preocupación con respecto al uso de los términos Sufrimiento Fetal y asfixia de parto de término. La Asfixia del nacimiento se produce cuando el producto no tiene cantidades adecuadas de oxígeno antes, durante o después del parto, ya sea por bajo nivel de oxígeno en la sangre de la madre o disminución del flujo sanguíneo debido a la compresión del cordón umbilical. Por lo cual recomienda que el termino sufrimiento fetal sea sustituido por el de “Estado fetal inestable”. (35)

Habiendo aclarado este punto pasamos a decir que durante el período marzo – agosto del 2015 en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, se presentaron un total de 75 casos de Sufrimiento Fetal, dándonos una incidencia del 3.8% (Cuadro N° 1), hallazgos que difieren al reportado por **Rodríguez J; Osorio C** (20) en su estudio realizado en Puno en el el Hospital del Altiplano quienes reportaron una incidencia de sufrimiento fetal agudo del 28.5%.

Por su parte **Montalvo F** (21) en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, durante el año 2013, halló una incidencia de Asfixia Perinatal del 0.9%.

Como observamos las incidencias varían, esto se debe a la diferencia de los grupos poblacionales, al lugar donde se realiza el estudio y al período de investigación.

Como se ha mencionado líneas atrás, el diagnóstico del Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es de presunción clínica, por ello, los eruditos en la materia hablan de sospecha de hipoxia, mediante el control de la frecuencia cardíaca fetal, de probabilidad clínica, por alteración en el monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal (MEFCF) y cuando evidenciamos el nacimiento de un niño con elementos de asfixia perinatal, se le llama certeza neonatológica. (7)

Respecto al perfil epidemiológico de las madres de los recién nacidos motivo de estudio, prevalecieron aquellas cuya edad oscilaba entre 18 a 23 años en el 29.33%, 40% tenían estudios secundarios completos, 64% procedían de zonas Urbanas, 60% fueron convivientes y 69.33% fueron amas de casa. (Cuadro N° 2)

Respecto a las Características Gineco – Obstétricas maternas podemos prestar atención que predominaron las Gran multíparas en el 50.67%, con Edad Gestacional (EG) 37 – 41 semanas en el 58.67%, la mayoría con < 6 atenciones pre natales (52%), cuya vía de culminación de parto fue vaginal en el 50.67%. El momento de Diagnostico de SFA fue: Trabajo de parto: Fase Latente 22(29.33%), trabajo de parto Fase activa 38 (50.67%), Trabajo de parto: Expulsivo 15(20%). (Cuadro N° 3) Respecto a las Características Perinatales del recién nacido se halló que prevalecieron los productos masculinos en el 62.37%. El peso del RN oscilaba entre 2500 – 3999 gramos en el 61.33%, el

52% tuvieron una puntuación de apgar al minuto entre 0 – 3 y el 49.33% entre 7 a 10 a los 5 minutos. El 64% (48) fueron complicaciones, dentro de ellas Síndrome de Aspiración meconial en el 24% y distrés respiratorio en el 25%. El 14.67% fueron muertes perinatales. (Cuadro N° 4)

Por su parte **Bohórquez M** (16) en su estudio realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor halló que, el 46% de las gestantes son adolescentes, 70% son amas de casa, 63% tienen instrucción primaria, 70% fueron diagnosticadas con sufrimiento fetal agudo entre las 32 a 35 semanas de gestación, 90% no asistieron con frecuencia a su atención pre natal, lo que hace, la causa principal de Sufrimiento Fetal.

Respecto a la investigación expuesta por **Rivero M y Colab** en Cuba, hallaron 67 madres con SFA, la edad fue 26.5 ± 7.3 años, cuya vía de culminación fue la cesárea en el 56.7%, el apgar al 1° y 5° minuto 6.6 ± 2.3 y 8 ± 1.4 . Edad gestacional del RN fue 38.7 ± 1.6 semanas, con 10.4% de pretérminos y 7.4% de postérminos, con un peso de 3271 ± 580 gramos. Dentro de las complicaciones perinatales que reportaron fueron: Distres respiratorio y aspiración de líquido meconial en el 18% a 30% respectivamente.

Es preciso destacar que en lo que respecta a las muertes perinatales estas se presentaron en el 14.67% (11/48). Al parecer la causa de muerte fue Síndrome de Aspiración meconial en muchas de ellas, así pues, la mayor parte de los autores la consideran un signo de alarma que adquiere valor cuando se asocia con modificaciones de la frecuencia cardíaca fetal. Se presenta cuando por alteración del medio interno fetal, hay estimulación de los sistemas simpático y parasimpático, que produce un aumento del peristaltismo de la musculatura lisa

del feto con relajación del esfínter anal y puede ser signo de sufrimiento actual o pasado. Su existencia puede ponerse de manifiesto con membranas íntegras mediante la amnioscopia durante las últimas semanas del embarazo o durante el trabajo de parto con membranas rotas, la salida del líquido amniótico teñido certifica su existencia. El color varía según la intensidad de la hipoxia, cuanto más espeso (puré de arvejas) aparezca significa que procede de las porciones más altas del intestino fetal y por ende es más grave. (36) (37) El meconio no debe por sí solo ser determinante de ninguna conducta obstétrica, ya que se lo encontró presente en el 16 percentil de los trabajos de parto, de los cuales solo el 2,7 percentil se asoció a dips II que sí indica sufrimiento fetal. (38) (39) (40).

V.- CONCLUSIONES

1. La incidencia de Sufrimiento Fetal Agudo en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, en el período de investigación fue 3.8%.
2. Las madres de los RN con Sufrimiento Fetal Agudo se caracterizaron por tener edades entre 18 a 23 años, 40% tenían estudios secundarios completos, 64% procedían de zonas Urbanas, 60% fueron convivientes y 69.33% fueron amas de casa.
3. Prevalcieron las Gran multíparas en el 50.67%, con Edad Gestacional (EG) 37 – 41 semanas en el 58.67%, la mayoría con < 6 atenciones pre natales (52%), cuya vía de culminación de parto fue vaginal en el 50.67%. El momento de Diagnostico de SFA fue: Trabajo de parto: Fase Latente 22(29.33%), trabajo de parto Fase activa 38 (50.67%), Trabajo de parto: Expulsivo 15(20%).
4. El 62.37% de los recién nacidos fueron del sexo masculino. El peso del RN oscilaba entre 2500 – 3999 gramos en el 61.33%, el 52% tuvieron una puntuación de apgar al minuto entre 0 – 3 y el 49.33% entre 7 a 10 a los 5 minutos. El 64% (48) fueron complicaciones, dentro de ellas Síndrome de Aspiración meconial en el 24% y distrés respiratorio en el 25%. El 14.67% fueron muertes perinatales.

VI.- RECOMENDACIONES

1. A LAS AUTORIDADES DEL HRDLM-MINSA EN ESPECIAL AL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA

- 1.1 Establecer criterios clínicos básicos para identificar y manejar en forma oportuna el Sufrimiento fetal agudo.
- 1.2 Mejorar el Sistema de referencia y contra referencia, para el adecuado manejo de los grupos de riesgo.
- 1.3 Establecer normas de control del llenado adecuado de la Historia Clínica Perinatal, para el análisis de los factores de riesgo de Sufrimiento Fetal.

2. A LOS PROFESIONALES DE OBSTETRICIA

- 2.1 Mantener y continuar con la labor de captación precoz de la mujer embarazada para detectar factores asociados al sufrimiento Fetal Aguda y la importancia de la Asistencia Pre Natal Reenfocada.
- 2.2 Establecer un cronograma de campañas de atención obstétrica socializadas en la comunidad especialmente, gestantes y mujeres en edad fértil, con la finalidad de promover la maternidad saludable y brindándoseles folletería que contengan imágenes y textos de fácil entendimiento.

3. A LA UNIVERSIDAD

- 3.1-Crear alianzas estratégicas con las diferentes sedes hospitalarias para el apoyo pertinente en la realización de investigaciones que aporten datos relevantes para las propuestas o acciones encaminadas a mejorarla salud del binomio madre-niño.

4. A LA GESTANTE

- 4.1-Tomar mayor conciencia del Embarazo, acudiendo a sus atenciones prenatales y reconociendo los signos de alarma.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nozar, M; Fiol V; Martínez A. Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales. Rev. Méd. Urug. [online]. jun. 2008. Vol.24, Nº 2. p.94-101.
2. Baltimore D. Best practices: detecting and treating newborn asphyxia. Available from: <http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>.
3. Lawn E; Cousen S; Zupan J. For the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Available from: <http://www.activemag.co.uk/lancet.htm>.
4. Murguía T, Garza S, Lozano R, Ignacio J. Asfixia perinatal, reflexiones alrededor del silencio al nacer. Un llanto no escuchado. [Monografía en internet] Seminario. El Ejercicio actual de la Medicina. México, 2007 Disponible en: http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2007/nov_01_ponencia.html.
5. Del Riesgo L. Asfixia perinatal: causa de muerte y daños neurológicos, un dilema de salud mundial. [homepage en Internet]. Universidad del Rosario. Colombia. Universidad Ciencia y Desarrollo. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/AsfixiaPerinatal/>.
6. OMS. Nuevo informe de la OMS presenta las 10 principales causas de muerte. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
7. Urquizo R. Asfixia Neonatal. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Departamento de Pediatría. Año 2012. Disponible en: <http://www.sanbartolome.gob.pe:8080/Transparencia/Publicacion2013/Epidemiologia/ASIS%202012.pdf>.

8. Caldeyro Barcia R, Pose S, Poseiro J, Méndez Bauer C. Monitoreo fetal en el parto: frecuencia cardíaca y equilibrio ácido base fetal. Montevideo: CLAP, 1973. (Publicación científica, 519).
9. Dillner L. Babies' deaths linked to suboptimal care. BMJ 1995; 310: 757.
10. Caldeyro Barcia R. Estudio de la anoxia fetal intrauterina mediante el ECG fetal y el registro continuo de la frecuencia cardíaca fetal. Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 3. México, 1958.
11. Caldeyro Barcia R. Fetal monitoring. In: Report Subcommittee on Health. Washington: Subcommittee on Health, 1978.
12. Caldeyro Barcia R, Beiniaz J, Poseiro J, Méndez Bauer C, Pose S, Beauquis A, et al. Significado de los cambios registrados en la frecuencia cardíaca fetal durante el parto. Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia, 4. México, 13.
13. Caldeyro Barcia R, Casacuberta C, Bustos R, Giussi G, Gulin L, Escarcena L, et al. Correlation of Intrapartum changes in fetal heart rate with blood oxygen and acid-base state. In: Adamsons K, ed. Diagnosis and treatment of fetal disorders. New York: Springer Verlag, 1976: 205-25.
14. Caldeyro R, Méndez C, Poseiro J, Escarcena L, Pose S, Beiniaz J, et al. Control of human fetal heart rate during labor. In: Cassels D, ed. The heart and circulation in the newborn and infant. New York: Grune and Stratton, 4ª Reimpresión 2005: pp 2 - 36.
15. Libro de Registros de Sala de Partos. Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. Año 2015.
16. Bohórquez M. "Causas del sufrimiento fetal agudo en trabajo de parto en adolescentes de 13 a 19 años de edad a realizarse en el Hospital Gineco

- Obstétrico “Enrique c. Sotomayor en Guayaquil, periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013”. Tesis de grado presentado como requisito previo a la obtención del título de Obstetra. Guayaquil-ecuador 2013.
17. Rincón P; Del Riesgo L; Ibáñez M. Factores de riesgo asociados al diagnóstico de asfixia perinatal en el Hospital Universitario Mayor Méderi, Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/4614>.
18. Moreno J, Rodríguez L, Pérez M, Diffur R, Canet M. Algunos factores perinatales relacionados con la Asfixia neonatal. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Santiago de Cuba, período 2009 - 2011 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_17_2_13/san03213.htm
19. Rivero M, Alegre M, Gonzales M y Navarro S. Caracterización del Sufrimiento Fetal Agudo en un medio Hospitalario. Revista Médica del Nordeste – Nº 9 – Diciembre 2007. Cuba.
20. Rodríguez J; Osorio C. Factores de riesgo para Asfixia Perinatal en recién nacidos del Servicio de Pediatría del Hospital del Altiplano. Alto Puno. 2008.
21. Montalvo F. Incidencia y Factores de riesgo asociados a la Asfixia Perinatal en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, período 2013. Tesis presentada a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Particular de Chiclayo para optar el título profesional de Médico Cirujano. Marzo del 2014.
22. Fernández C, Pariacuri E. Factores Maternos que influyen en la Depresión Neonatal en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, durante Enero – Diciembre del 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Obstetricia

de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Particular de Chiclayo.

23. Valdés E. Rol de la Monitorización Electrónica Fetal Intraparto En El Diagnostico De Sufrimiento Fetal Agudo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2009, Vol. 68, Nº 5, pp. 411-419.
24. Nozar M, Martínez V et al. Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales. Rev. Méd. Urug. [online]. jun. 2008, vol.24, Nº.2 p.94-101.
25. Botella J, Clavero J. Tratado de Ginecología (14va edición). Ediciones Díaz de Santos. p. 578. ISBN 8479780924. 2009. Consultado el 28 de mayo de 2015.
26. MedlinePlus: Cardiotocografía. Enciclopedia médica en español. Archivado desde el original el 23 de noviembre de 2015. Consultado el 28 de mayo de 2015.
27. Ciaravino, H, Capua N, Chahla R. Asfixia Perinatal. Aporte de Revisiones Actualizadas. Revista de la Facultad de Medicina - Vol. 7 - Nº 1. Año 2006 - Versión on line: ISSN 1669-8606.
28. Sánchez M, Fernández M, Puertas A. Factores de riesgo de acidosis fetal. Granada - España. Rev. Toko -Gin Pract, 2001;60 (3):121-126
29. Apgar V. A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. Cur Res Anesthesia and Analgesia. 1953;32 (4):260 - 7
30. Finster M, Wood M. The Apgar Score Has Survived the Test of Time. Anesthesiology. 2005;102(4):855-857
31. Casey M, McIntire D, Leveno J. The Continuing Value of the Apgar Score for the Assessment of Newborn Infants. N Engl J Med. 2001;344:467-471.

32. Vispo S, Meana J, Karatanasópuloz C, Casal J, Casal P. Sufrimiento Fetal Agudo. Revisión. Revista de Posgrado de la VI^a Cátedra de Medicina - N° 112 – Febrero 2002: pp 21-26.
33. Hernández S. R; Fernández C, C; Baptista L. M. “Metodología de la investigación.”. 5^a Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. México. 2010.
34. Tejada P. El Sufrimiento Fetal Agudo. Universidad Central de Venezuela, Hospital Universitario de Caracas. 2013.
35. ACOG. Sufrimiento Fetal: Diagnóstico, Tratamiento y Condiciones. <http://americanpregnancy.org/es/labor-and-birth/fetal-distress/> 2016.
36. González M, Fumicato L, Ramos A. Actualización Obstetricia y Ginecología 2011. Meconio espeso intraparto. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/figheros/curso2011_mmf_02meconio
37. Cabrera C, Cortizo N, Pérez de Villa A, Díaz A, Molina Lamothe E. Algunas consideraciones acerca del líquido amniótico meconial en el recién nacido. MediSur. 2007; 5(1): Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/231/46> [6]
38. Unsworth J. Vause S. Meconium in labour. Obstet Gynecol Reprod Med 2010; 20: 289-294.
39. González M, Affumicato E, Lara A. Meconio espeso intraparto. Act Obstet Ginecol 2011. Disponible en: [curso 2011_mmf_02 meconio_espeso_intraparto.pdf]
40. Wiswell E. Delivery room management of the Meconium- stained newborn. J. Perinatol. 2008; 28, S19- S26.

ANEXO



UNIVERSIDAD DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Caracterización del Sufrimiento Fetal Agudo en el Dpto de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, período marzo – agosto del 2015.

H.C: N° _____

I. DATOS SOCIO - DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

1. Edad: ≤ 17 () $18 - 23$ () $24 - 29$ () $30 - 35$ () > 35 ()
2. Procedencia: Urbana () Urbano – Marginal () Rural ()
3. Estado Civil: Casada () Conviviente () Soltera ()
4. Ocupación: Ama de casa () Empleada ()
5. Grado de Instrucción: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

II. ANTECEDENTES GÍNECO - OBSTÉTRICAS

1. Paridad: _____
2. EG: _____ sem
3. APN: SI () NO () N° de Veces: _____
4. Vía de Culminación del Parto: Vaginal () Cesárea ()
5. Momento del Dx de SFA: _____

Trabajo de Parto: Dilatación Fase Latente: _____

Trabajo de Parto : Dilatación Fase Activa: _____

Trabajo de Parto Fase Expulsivo: _____

III- CARACTERÍSTICAS PERINATALES:

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. E.G: _____
3. Peso: _____
4. Apgar al minuto: _____ Apgar a los 5 minutos: _____
5. Morbilidad: SI () NO ():

Distress Respiratorio: _____

Aspiración Meconial: _____

Otros _____

6. Mortalidad: SI () NO ()
7. Observaciones: _____