



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACION**

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

Escuela de Medicina Humana

**FACTORES DE RIESGO MAS FRECUENTES, ASOCIADOS A MUERTE FETAL
INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL**

MARIA AUXILIADORA – LIMA 2017 - 2018

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Monteza Tarrillo, Jhon Darwin

ASESORA:

**Dra. Valenzuela Espejo, Nelly Margarita
Mercedes**

JURADO:

Dr. Figueroa Quintanilla, Dante Anibal

Dra. Bonzán Rodríguez, María Ynés

Dr. Tambini Acosta, Moisés Enrique

Dr. López Gabriel, Wilfredo Gerardo

LIMA, PERU MARZO DE 2019

DEDICATORIA

A mi familia, gracias por la confianza depositada en mí, fueron el motor y motivo para continuar con pie firme el día a día en este largo pero bonito camino de la medicina. A la universidad nacional Federico Villarreal por brindarme conocimiento y formación en este trayecto.

AGRADECIMIENTO

A mi madre y hermanos por el apoyo incondicional, porque a pesar de las adversidades que se presentaron en el camino nunca dejaron de confiar en mí.

CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN	7
1. PROBLEMA	7
2. ANTECEDENTES	7
3. OBJETIVOS	10
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. HIPÓTESIS	12
II. MARCO TEORICO	13
III. MÉTODO	22
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:	22
3.2 ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL:	22
3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:	22
3.4 POBLACION Y MUESTRA:	27
3.5 INSTRUMENTOS:	28
3.6 PROCEDIMIENTO:	28
3.7 ANALISIS DE DATOS:	28
IV. RESULTADOS	29
V. DISCUSION DE RESULTADOS	43
VI. CONCLUSIONES	46
VII. RECOMENDACIONES	47
VIII. REFERENCIAS	48
Referencias	48
IX. ANEXOS	50

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo más frecuentes, asociados a Muerte Fetal intrauterina, presentados en el Hospital Nacional María Auxiliadora – Lima, durante el periodo 2017 – 2018. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de casos y controles en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, siendo los casos, las gestantes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina y los controles, gestantes sin diagnóstico de muerte fetal, con recién nacidos vivos. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas.

RESULTADOS: principales factores de riesgo materno fueron: control prenatal incompleto (OR: 46.36, IC: 2.373-9.059, Ch2: 21.18 y P: 0.001), abortos previos (OR: 3.798, IC: 1.645, Ch2: 8.768 y P: 0.001), óbitos previos (OR: 15.328, IC: 1.954-120.246, CH: 11.272 y P: 0.001), hemorragia de la II mitad del embarazo (OR: 13.941, IC: 1.767-109.996, Ch2: 10.131 y P:0.001), preeclampsia (OR: 5.571, IC: 1.18-26.305, Ch2: 5.766 y P: 0.016), alteración del líquido amniótico (OR: 2.814, IC: 1.096-7.222, Ch2: 4.902 y P: 0.027). Factores de riesgo fetales fueron: productos de sexo femenino (OR: 3.729, IC: 1.828-7.607, Ch2: 13.789 y P: 0.001), productos prematuros (OR: 12.313, IC: 5.604-27.054, Ch2: 45.938 y P: 0.001). Factores de riesgo socioeconómicos: edad materna (OR: 14.33, IC: 5.594-36.727, Ch2: 40.272 y P: 0.001).

CONCLUSIONES: En este trabajo de investigación, se analizaron los factores de riesgo más frecuentes asociados a muerte fetal intrauterina donde se encontró mayor frecuencia de factores de riesgo materno asociados significativamente a muerte fetal intrauterina.

Palabras claves: factor de riesgo, muerte fetal, atención prenatal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify the most frequent risk factors associated with Intrauterine Fetal Death, presented at the María Auxiliadora National Hospital - Lima, during the period 2017 - 2018.

MATERIALS AND METHODS: A case-control study was carried out in pregnant women treated at the María Auxiliadora National Hospital, with pregnant women with a diagnosis of intrauterine fetal death and controls, pregnant women without a diagnosis of fetal death, with live newborns. The data was obtained from the review of medical records. **RESULTS:** The main maternal risk factors were: incomplete prenatal control (OR: 46.36, IC: 2.373-9.059, Ch2: 21.18 y P: 0.001), previous abortions (OR: 3.798, IC: 1.645, Ch2: 8.768 y P: 0.001), previous deaths (OR: 15.328, IC: 1.954-120.246, CH: 11.272 y P: 0.001), hemorrhage of the II half of pregnancy (OR: 13.941, IC: 1.767-109.996, Ch2: 10.131 y P: 0.001), preeclampsia (OR: 5.571, IC: 1.18-26.305, Ch2: 5.766 y P: 0.016), alteration of the amniotic fluid (OR: 2.814, IC: 1.096-7.222, Ch2: 4.902 y P: 0.027). Fetal risk factors were: female sex of the product (OR: 3.729, IC: 1.828-7.607, Ch2: 13.789 y P: 0.001), preterm product (OR: 12.313, IC: 5.604-27.054, Ch2: 45.938 y P: 0.001). socioeconomic risk factors: maternal age (OR: 14.33, IC: 5.594-36.727, Ch2: 40.272 y P: 0.001). **CONCLUSIONS:** In this research work, we analyzed the most frequent risk factors associated with intrauterine fetal death where there was a higher frequency of maternal risk factors significantly associated with intrauterine fetal death.

Keywords: *Stillbirth, risk factor, prenatal care.*

I. INTRODUCCIÓN

1. PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes, asociados a Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora” durante los años 2017 - 2018?

2. ANTECEDENTES

2.1 Estudios Nacionales:

Moreno Gutiérrez, Nelly, en su trabajo: “Factores que se asocian a la Muerte Fetal Intrauterina presentados en el Hospital “María Auxiliadora” del Cono Sur De Lima – 2011”, muestra en su estudio, observacional de caso-control, cuya población estuvo formada por 3192 gestantes, de los cuales los casos fueron 92 gestantes que tuvieron parto normal con presencia de óbito fetal y los controles 92 gestantes con recién nacidos vigorosos atendidos entre enero y diciembre del 2011; como resultado de la investigación fueron considerados como factores estadísticamente significativos y de riesgo los factores macro ambientales sociales, como edad entre 36 a 45 años; grado de instrucción primaria. Asimismo, en los factores maternos, el parto pretérmino y los abortos previos; la anemia; de igual manera, los factores fetales, las malformaciones congénitas de los neonatos. (Moreno Gutierrez, 2012, págs. 56-66)

Chávez Wilber, Saldaña Luisa, Oña José, Valdivieso Arnaldo, realizaron una investigación titulada: Muerte fetal intrauterina: factores de riesgo. En el Hospital de Apoyo III de Sullana con el objetivo de identificar cuáles eran los factores de riesgo que se asociaban a muerte fetal intrauterina. La población de estudio estuvo formada por 2743 gestantes que dieron su parto en dicho centro, de los cuales se encontró 92 nacidos muertos, con tasa de muerte fetal de 33.5 por 1000 nacidos, 53.6% durante el embarazo, 30.4% en un momento desconocido y 11,9% durante el parto. Las causas más frecuentes de muerte intraútero fueron las infecciones 44.6%, las

hemorragias 25% y la hipertensión 9.8%. Los factores de riesgo de muerte fetal fueron: a) Maternos: parto inducido, multiparidad, presentación pelviana y transversa, CPN, parto pretérmino y hemorragia del segundo trimestre; y b) fetales: peso bajo al nacer, pretérmino por examen físico, desproporción cefalopélvica y malformaciones. (Chavez, Saldaña, Oña, & Valdivieso, 1996, págs. 1-9)

Milla Vera Luis Migue, Saravia Torres Noé, Salviz Salhuana Manuel, Rojas Jaimes José, en su investigación: Muerte Fetal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo agosto 2003-noviembre 2004, identificaron las causas, así como los principales factores de riesgo para muerte fetal. El cual encontraron 61 casos de muerte fetal, de los cuales 47 se incluyeron en el estudio. La tasa de muerte fetal fue 13,48 por 1000 nacidos vivos, la edad gestacional promedio fue de 28,29 semanas y peso promedio de 1 277,86 g. La edad menor a 35 años, ausencia de control prenatal o control prenatal inadecuado, paridad menor a 4, antecedente de aborto, pequeño para edad gestacional, hemorragia del tercer trimestre, preeclampsia y hallazgos anormales placentarios fueron los factores sociodemográficas, clínicas y patológicas más frecuentes. (Milla Vera, Saravia Torres, Salviz Salhuana, & Rojas Jaimes, 2005)

2.2. Estudios Internacionales:

Guadalupe Panduro, J. Pérez, Jesús. Guadalupe Panduro, Elizabeth. Castro, Juan Francisco. Vázquez, María Dolores. realizaron una investigación sobre los factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México, enero de 2004 a junio de 2009 con el objetivo de identificar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y perinatales que se asocian con más frecuencia a muerte fetal en embarazos mayores de 27 semanas. Realizaron un estudio de casos y controles con 528 casos de muerte fetal de más de 27 semanas de gestación

y 528 neonatos vivos. los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron: edad materna mayor de 35 años, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones congénitas mayores del recién nacido. (Panduro, Perez, Panduro, Castro, & Vazquez, 2011, págs. 169-174)

Erika Rojas, Karimar Salas, Gustavo Oviedo, Geovanny Plenzyk en su estudio sobre incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos, Evaluaron a una población de embarazadas venezolanas formada por 100 mujeres con diagnóstico de óbito fetal que acudieron al servicio de emergencia obstétrica de dos hospitales públicos en Valencia, Venezuela, en 2003. De las embarazadas estudiadas 23% tenía más de 35 años de edad; 55% presentó muerte fetal posterior a la semana 28 de gestación; 31% fumó durante el embarazo; 48% presentaron infecciones maternas y 38% hipertensión arterial. Las causas fetales y ovulares constituyeron el 39 y 61%, respectivamente. (Rojas, Salas, Oviedo, & Plenzyk, 2006)

Martín Noé Rangel-Calvillo realizó un análisis sobre muerte fetal tardía. Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez", Instituto de Salud del Estado de México, con la finalidad de informar la prevalencia de muerte perinatal tardía del Hospital General de Ecatepec, así como conocer la tasa de defunciones fetales. Para la cual realizó un análisis retrospectivo de muertes prenatales tardías en el periodo del 2008-2010, en el cual se revisaron los expedientes de muertes fetales, las variables de estudio fueron peso, sexo y edad gestacional. Como resultado se dio a conocer que durante año 2008 se registraron 4,796 nacimientos, con una tasa de mortalidad de 25.3 por mil nacidos vivos. En el año 2009 se registraron 5,461 nacimientos, con una tasa de muerte de 31.8 por mil nacidos. En el 2010 hubo 8,083 nacimientos con una mortalidad de 79 por mil nacidos. (Rangel Calvillo, 2014, págs. 139-145)

3. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General

Identificar los factores de riesgo más frecuentes, asociados a Muerte Fetal Intrauterina presentados en el Hospital Nacional María Auxiliadora – Lima, durante el periodo 2017 – 2018.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo maternos más frecuentes asociados a Muerte Fetal Intrauterina presentados en el Hospital Nacional María Auxiliadora– Lima, durante el periodo 2017 – 2018.
- Identificar los factores de riesgo fetales más frecuentes asociados a Muerte Fetal Intrauterina presentados en el Hospital Nacional María Auxiliadora– Lima, durante el periodo 2017– 2018.
- Identificar los factores de riesgo socioeconómicos más frecuentes asociados a Muerte Fetal Intrauterina presentados en el Hospital Nacional María Auxiliadora– Lima, durante el periodo 2017 – 2018

4. JUSTIFICACIÓN.

La muerte fetal intrauterina es un evento poco frecuente, pero de gran repercusión afectiva, representa una situación dramática y una pesadilla que debe enfrentar el personal de salud encargado del control prenatal y al mismo tiempo un gran dolor psíquico para los padres involucrados y su entorno. La muerte fetal intrauterina es un problema de Salud Pública a nivel mundial, y su frecuencia es variable, ya que está claramente asociado al nivel de desarrollo de cada país. Se estima que más de 7.6 millones de muertes perinatales ocurren anualmente en el mundo, de las cuales aproximadamente el 57% son muertes fetales. Además, en todo el mundo, el 67 % de los casos de muerte fetal ocurren en familias rurales, el 55 % en las áreas rurales de África subsahariana y Asia meridional, donde hay menos participación de profesionales capacitados y se realizan menos cesáreas que en los entornos urbanos. Estos números no son el exacto reflejo de una realidad, debido al pobre y deficiente registro de información que es más notorio en la mayoría de países subdesarrollados.

En Chile por ejemplo para el año 2011, se presentó una tasa de mortalidad fetal de 8,41 por mil nacidos vivos, Brasil notifico para el mismo año una tasa de 10,74 por mil nacidos vivos. En nuestro medio, existen estudios realizados por el ministerio de salud sobre casos de muerte fetal intrauterina, donde se notifica que en promedio ocurren 50 defunciones fetales semanalmente.

Por todo lo anterior es que me interesa llevar a cabo esta investigación en el hospital donde realice mi internado médico ya que los resultados de la misma permitirán conocer el comportamiento de la muerte fetal intrauterina, así como los factores de riesgo asociados a esta; datos que favorecerán el desarrollo de medidas preventivas encaminadas a disminuir los casos de muerte fetal intrauterina, que contribuirán al desarrollo de nuevas políticas de salud, logrando

una mejor calidad de vida y cumpliendo con el principio de prevenir, objetivo primordial de nuestro sistema de salud y de esta forma posibilitar la asistencia temprana a este tipo de casos.

5. HIPÓTESIS.

5.1 Hipótesis General

- **Hipótesis nula:** No existen factores de riesgo para Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora.
- **Hipótesis alterna:** Existen factores de riesgo para Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora.

5.2 Hipótesis Derivadas

- **Hipótesis nula:** No existen factores de riesgo materno para Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora.
- **Hipótesis alterna:** Existen factores de riesgo materno para Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora.
- **Hipótesis nula:** No existen factores de riesgo fetales para Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora.
- **Hipótesis alterna:** Existen factores de riesgo fetales para Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora.
- **Hipótesis nula:** No existen factores de riesgo socioeconómicos para Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora.
- **Hipótesis alterna:** Existen factores de riesgo socioeconómicos para Muerte Fetal Intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora.

II. MARCO TEORICO.

La muerte fetal es una de las situaciones más desconcertantes que tiene que enfrentar el médico como profesional, la paciente embarazada y su familia, ya que sus causas son múltiples y a veces desconocidas, así como sus factores contribuyentes.

La muerte fetal intrauterina, definida por la Organización mundial de la salud (OMS) como la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. (Saulo Molina, 2010, pág. 61)

Tener en cuenta que si el producto de la concepción, tiene menos de 22 semanas de edad gestacional, con peso menor de 500 gramos y aun no siendo viable fuera del útero, se define como aborto. (Gonzalez, 2013, pág. 4)

Pero si la muerte fetal tiene una ocurrencia intrauterina durante la gestación, a partir de las 22 semanas de edad gestacional y con peso igual o mayor de 500 gr se define como óbito fetal. (Pons, Sepulveda, Leiva, Rencoret, & Germain, 2014, pág. 908)

La Organización mundial de la salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO), clasifican la muerte fetal, en base a la edad gestacional del mortinato:

- **Muerte fetal temprana:** si presenta un peso menor de 500 gr y/o una edad gestacional menor de 22 semanas.

- **Muerte fetal intermedia:** aquella que se presenta entre 22-28 semanas de edad gestacional y/o peso entre 500-999 g.
- **Muerte fetal tardía:** aquellas que incluyen, una gestación de más de 28 semanas completas o un peso mayor de 1000 g. (Calvillo, 2014)

A nivel mundial se reporta una frecuencia absoluta de 3.9 millones de casos de muertes fatales al año. En Latinoamérica la mortalidad fetal es de aproximadamente 10 por cada 1000 nacidos. (Redondo de Oro , Gomez Villa, Barrios Garcia , & Alvis Estrada, 2016, pág. 188)

El 98 % de los casos de muerte fetal se producen en los países de bajo y mediano nivel socio-económico, y las cifras varían de 2 por cada 1000 nacimientos en total en Finlandia a más de 40 de cada 1000 nacimientos en total en Nigeria y Pakistán. En todo el mundo, el 67 % de los casos de muerte fetal ocurren en familias rurales, el 55 % en las áreas rurales de África subsahariana y Asia meridional, donde hay menos participación de profesionales capacitados y se realizan menos cesáreas que en los entornos urbanos. (Mendoza Villavicencio, Constantino Spyrides, & Jaimes Mancilla, 2014, pág. 4)

El 66% de los casos de Muerte Fetal Intrauterina en todo el mundo se producen en diez países: India, Pakistán, Nigeria, China, Bangladesh, República Democrática del Congo, Etiopía, Indonesia, Tanzania y Afganistán. (Lancet, 2011, pág. 3)

En el Perú, en el Hospital nacional Cayetano Heredia de Lima, entre 1992 y 1993, la tasa de mortalidad fetal fue de 23,1 por 1000 nacidos vivos. En el Hospital Nacional Edgardo Rabagliati Martins, de EsSalud, la mortalidad perinatal entre 1999 y el primer semestre del año 2006 ha variado entre 18,9 y 21,9 por 1000 nacidos vivos. El Centro Nacional de Epidemiología,

Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud notifico en el 2018 que en promedio ocurren 50 casos de muerte fetal a la semana en todo el Perú. (MINSA, 2018)

Con frecuencia las causas de muerte fetal raramente se reportan y la mayoría se desconoce. Solo en el 50 -70% de casos de muerte fetal se determina una causa específica, por ello es importante identificar los factores de riesgo antenatal, con la finalidad de tratarlos a tiempo y reducir el riesgo de una posible muerte fetal. (Saulo Molina, 2010, pág. 60)

La literatura menciona que durante el embarazo el feto puede morir por lo siguiente:

- a. Supresión o reducción de la perfusión sanguínea útero –placentaria: este fenómeno puede ocurrir por hipertensión arterial inducida o preexistente, taquicardias paroxísticas, cardiopatías maternas, hipotensión arterial materna por anemia u otra causa.
- b. Reducción o supresión del aporte de oxígeno fetal: la cual puede ser causada por alteraciones de las membranas sincitiotrofoblasticas, hematomas retroplacentarias y placenta previa, infartos y calcificaciones de la íplacenta, circulares de cordón, anemia materna grave o inhalación materna de monóxido de carbono.
- c. Desequilibrio del metabolismo de los glúcidos y acidosis: cuando la madre padece de diabetes grave o descompensada.
- d. Alteraciones de la hemodinámica fetal: este caso se puede presentar en los gemelos univitelinos (feto transfusor).
- e. Aporte calórico insuficiente: cuando existe desnutrición materna grave o enfermedades caquetizantes que padece la madre.
- f. Intoxicaciones maternas: por ingesta de plomo, mercurio, benzol, etc.

- g. Hipertermias, toxinas bacterianas y parasitosis: cuando existe durante el embarazo infección bacteriana, viral o parasitaria en la madre, feto, placenta o membranas ovulares.
- h. Malformaciones congénitas: por ejemplo, las incompatibles con el desarrollo fetal, como son cardíacas, del encéfalo, etc.
- i. Traumatismos: directos al feto o indirectos a través de la madre, por ejemplo, por mala técnica de métodos invasivos para explorar la vitalidad y madurez vital (cordocentesis).
- j. Causas desconocidas: como por ejemplo gestantes con antecedente de óbito fetal.

Tradicionalmente aparecen mejor definidas las causas según su origen: maternas, fetales y placentarias.

1. **Causas maternas:** en este grupo se encuentran la mayor parte de enfermedades propias y coexistentes de la gestación, tales como hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, infecciones, hemoglobinopatías, trombofilias hereditarias, etc.
2. **Causas fetales:** en este grupo encontramos a las malformaciones múltiples y/o únicas, como la anencefalia que es la más frecuente, infecciones, retardo de crecimiento intrauterino, transfusiones feto-fetales como puede ocurrir en el embarazo múltiple, anomalías genéticas y/o congénitas.

Las enfermedades genéticas están presentes en aproximadamente 6 a 12 % de muertes fetales entre las más comunes están las monosomía del cromosoma X (23%), trisomía 21 (23%), trisomía 18 (21%) y trisomía 13 (8%).

Respecto al embarazo múltiple, representa aproximadamente el 3% de los nacimientos y el 10% de las muertes fetales. Según un estudio estadounidense, se documentó que

aproximadamente el 1.8% de los gemelos, 2.4% de los tripletes, 37% de los cuatrillizos y el 5.6% de los quintillizos sufrieron muerte fetal intrauterina.

Con respecto al Retraso en el crecimiento intrauterino, condición en la que el feto posee una estimación de peso menor al percentil 10, es una entidad patológica a la que se ha atribuido hasta el 50% de casos de muerte fetal intrauterina al condicionar un incremento de hasta 10 veces del riesgo de óbito en comparación con un feto con crecimiento normal.

3. **Causas placentarias-cordón umbilical:** las más frecuentes son las de origen placentaria hasta un 75% (corioamnionitis, desprendimiento de placenta, infarto placentario), y anomalías de cordón umbilical en un 25% (nudos o circulares de cordón, rotura de vasos arteriales, vasa previa, trombosis de arteria umbilical).

La corioamnionitis puede ser secundaria a lesiones de origen bacteriano (*lysteria monocitogenes*, estreptococo del grupo B) o lesiones virales como parvovirus, citomegalovirus.

La hemorragia materna ha sido asociada en un 3 a 14% con muerte fetal y tal evento se relaciona con el abrupcio placentario y/o trauma abdominal durante el embarazo.

Aproximadamente el 30% de los embarazos presentan circular a cuello o nudos de cordón umbilical, pero la muerte fetal que se atribuye solo a cordón umbilical en ausencia de otras alteraciones evidentes es baja con un 2.5%.

Factores de riesgo de muerte fetal intrauterina.

La presencia de ciertos factores de riesgo tanto en la madre como en el feto se asocian con un aumento en la probabilidad de muerte fetal intrauterina; según la bibliografía mundial se han reportado varios factores de riesgos socio-demográficos, obstétricos y médicos asociados a muerte fetal siendo los más importantes:

- 1. Edad materna:** diversos investigadores han observado que las mujeres gestantes mayores de 35 años corren más riesgo de presentar muerte fetal que las mujeres menores de 30 años, y la magnitud de riesgo aumenta cuando la gestante es mayores de 40 años de edad, además las mayores tasas de muerte fetal se observan en mujeres adolescentes y mujeres mayores de 35 años (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 233).
- 2. Raza materna:** es complejo valorar la variación de muerte fetal según la raza de la madre, lo que dificulta la identificación de factores de riesgo biológico en relación a la raza.

Entre los factores que contribuyen a un aumento de la mortalidad fetal en las mujeres de raza negra en comparación con las mujeres de raza blanca cabe destacar las diferencias en el estatus socioeconómico, el acceso a la asistencia sanitaria y los trastornos médicos preexistentes (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 234).
- 3. Nivel socioeconómico:** El nacer dentro de un seno familiar con escasos recursos económicos, sumado a ello una familia numerosa y un estatus social bajo, se considera un factor de riesgo para muerte fetal, ya que está relacionado con el acceso a los servicios de salud, actividad laboral hasta edades avanzadas del embarazo, inestabilidad conyugal, menor nivel de instrucción.
- 4. Obesidad materna:** hay estudios que indican que las mujeres obesas que planifican un embarazo tienen riesgo de mortalidad fetal sobre todo en las fases finales del embarazo. Aún no está clara la relación exacta entre obesidad y muerte fetal pero existen factores que pueden contribuir y aumentar el riesgo de mortalidad fetal en este grupo de gestantes que tienen un alto índice de masa corporal, como por ejemplo disfunción placentaria, durante el sueño las mujeres gestantes obesas presentan más episodios de ronquidos,

apnea del sueño y disminución de la saturación de oxígeno, anomalías metabólicas, menor percepción de movimientos fetales (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 235)

5. **Paridad:** se ha observado mayor incidencia de casos de muerte fetal en gestantes primigestas y multigestas. Reportes de un estudio de cohortes, concluyen que la nuliparidad y la multiparidad con más de tres gestaciones previas generan unos OR estadísticamente significativo como factores de riesgo para muerte fetal (Sepulveda & Quintero, 2004, pág. 301).
6. **Analfabetismo:** se ha observado que aquellas gestantes con un nivel de instrucción pobre o aquellas que son analfabetas, desconocen e ignoran muchas comorbilidades que se presentan durante el embarazo, aumentando el riesgo de muerte fetal.
7. **Control prenatal:** la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presente la embarazada, por ende, los embarazos de alto riesgo necesitan un mayor control, a diferencia de los embarazos de menor riesgo.
8. **Embarazo múltiple:** representan un riesgo de mortalidad fetal, en comparación con las gestaciones con un solo producto debido a las complicaciones que estas presentan como por ejemplo el síndrome de transfusión intergemelar, y otras complicaciones generales como anomalías fetales y restricción del crecimiento (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 236)
9. **Hábitos maternos:** existen estudios que demuestran que aquellas mujeres embarazadas que fuman más de diez cigarrillos por día presentan tres veces más riesgo de muerte fetal en comparación con gestantes no fumadoras. De igual modo el consumo de alcohol durante el embarazo tiene una acción nefasta sobre el feto pudiendo provocar la muerte.
10. **Estados hipertensivos:** existe una clara evidencia de que el estado hipertensivo durante el embarazo aumenta la probabilidad de mortalidad fetal, sobre todo en aquellos casos de

hipertensión complicada con secuelas de insuficiencia placentaria como el retraso de crecimiento intrauterino y el oligohidramnios. Por otro las gestantes que cursan con preeclampsia y sus complicaciones como la eclampsia tienen riesgo de mortalidad fetal por mecanismos relacionados a la placenta y la coagulación (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 235)

11. Diabetes mellitus: hay una mayor incidencia de muerte fetal en gestantes con diabetes tipo II que en la de tipo I; y ocurre con más frecuencia en el tercer trimestre del embarazo. Un control inadecuado de la glicemia se asocia a un mayor riesgo de muerte perinatal debido a las anomalías congénitas, a los partos prematuros indicados y a la muerte fetal inexplicable (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 235)

12. Alteración del líquido amniótico: no hay estudios que demuestren de manera concluyente que el oligohidramnios y el polihidramnios por sí solos incrementen el riesgo de muerte fetal, sin embargo la relación que presenta con el riesgo de muerte fetal radica en su asociación con otras circunstancias anómalas como la diabetes mellitus materna, los trastornos hipertensivos, la rotura de membrana, la restricción de crecimiento fetal, etc (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 236).

13. Trombofilias: no existe investigación alguna que demuestre la relación entre la trombofilia y la muerte fetal. Sin embargo se ha asociado la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos maternos circulantes en casos de síndrome antifosfolipídico con resultados adversos en la gestación, como la muerte fetal (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 235)

14. Infección de vías urinarias: Esta enfermedad afecta del 5 al 10% de todos los embarazos, contribuyendo al aumento de las tasas de morbilidad materno perinatal,

este cuadro puede llevar a complicaciones perinatales como la amenaza de parto prematuro y el parto pretérmino el cual es causante del 70% de la mortalidad fetal.

15. Infecciones: Las infecciones pueden causar muerte fetal intrauterina por varios mecanismos, incluyendo infección directa, daño placentario o afección sistémica materna grave. En países desarrollados se estima que entre 10 y 25% de los casos de óbito son causados por agentes infecciosos. En estos casos la infección bacteriana ascendente, antes y después de la ruptura prematura de membranas, está producida por bacterias como *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* y *Ureaplasma urealyticum*, que se han reconocido como las causas infecciosas de óbito más frecuentes (Hernandez Trejo, Aguayo Gonzales, & Beltran Zuñiga, 2009, pág. 208)

16. Retardo de crecimiento intrauterino: la disfunción placentaria suele estar implicada en los fetos con retardo de crecimiento intrauterino el cual es un riesgo de muerte fetal (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 236)

17. Nefropatía y lupus eritematoso sistémico: parece que el mayor riesgo de muerte fetal corresponde a las mujeres con un deterioro renal muy marcado (es decir creatinina sérica >2.4-2.8 mg/dl). El pronóstico fetal en las gestantes con lupus eritematoso sistémico depende del estado patológico y de las alteraciones concomitantes como la hipertensión arterial, anticuerpos circulantes y lesiones renales (Steven G. Gabbe, 2019, pág. 236)

III. MÉTODO.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- De acuerdo a la participación del investigador: Observacional.
- De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos: Retrospectivo.
- De acuerdo al periodo y la secuencia de estudio: Transversal.
- De acuerdo al tipo de investigación: Analítico.
- De acuerdo al método de investigación: casos y controles.

3.2 ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL: historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, periodo 2017-2018.

3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

3.3.1 VARIABLES INDEPENDIENTES

❖ FACTORES MATERNOS:

- **Atención Prenatal:** conjunto de acciones que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, que se concretan con visitas programadas con el objetivo de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación (Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Organización Panamericana de la Salud , 2011, pág. 5)
- **Abortos Previos:** es el número de pérdidas gestacionales anteriores que cumplan con los criterios de aborto (menos de 22 semanas de edad gestacional, con peso menor de 500 gr).
- **Óbitos previos:** es el antecedente de haber tenido una muerte fetal intrauterina previa.
- **Paridad:** se refiere al número total de gestaciones que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.

- **Trastorno hipertensivo del embarazo:** es más frecuente luego de las 27 semanas de gestación y se realiza cuando la gestante en dos o más tomas separada por 4 h, la paciente presenta una presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg. y/o una presión arterial diastólica diastólica ≥ 90 mmHg (Kelley, 1993, pág. 264)
- **Alteración de líquido amniótico:** es cuando el Volumen de líquido amniótico que rodea al feto dentro del saco del amnios, puede verse afectado por alguna razón dando como resultado en exceso (polihidramnios) o en déficit (oligohidramnios).
- **Hemorragia de la segunda mitad del embarazo:** sangrado vaginal que aparece en una gestante de más de 22 semanas de gestación y que obedece a múltiples causas.
- **Diabetes Gestacional:** es el tipo de diabetes que se diagnosticada por primera vez en el embarazo generalmente en el segundo trimestre, después de un test de tolerancia con 75g de glucosa, y con mediciones plasmáticas de glucemia en ayunas > 92 mg/dL, después de 1 hora pos carga > 180 mg/dL y luego de 2 horas pos carga 155 mg/dl.
- **Anemia:** condición en la cual el nivel de hemoglobina se encuentra por debajo 11g/dl.
- **Corioamnionitis:** cuadro febril de más de 38 grados que se debe a la infección por vía ascendente, de la placenta, cordón umbilical, decidua, líquido amniótico, amnios (Botella LLusia & Clavero Nuñez, 1993, pág. 457)
- **Rotura Prematura de Membrana:** es la ruptura de las membranas ovulares antes del trabajo de parto, el cual se evidencia por pérdida de líquido amniótico por vía vaginal.
- **Infección del tracto urinario:** es la invasión, colonización y multiplicación de gérmenes dentro del tracto urinario, el cual puede afectar al riñón, uréteres, vejiga y uretra.

❖ FACTORES FETALES:

- **Edad Gestacional:** La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último período menstrual normal y se expresa en días o en semanas completas.
- **Sexo del recién nacido:** características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino.
- **Distocia de cordón umbilical:** es toda situación anatómica y/o posicional anormal del cordón umbilical que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales.

❖ FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

- **Edad Materna:** Es la edad expresada en años de la madre.
- **Nivel de instrucción:** es el nivel de educación que alcanza una persona medido por los años de estudios realizados.
- **Estado civil:** condición de una persona respecto a que si tiene o no una pareja según el registro civil.

3.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- **MUERTE FETAL INTRAUTERINA:** La OMS define la muerte fetal intraútero como aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo. La muerte se diagnostica por el hecho de que después de dicha separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal como latido de corazón, pulsación del latido del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios (Saulo Molina, 2010, pág. 61)

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Función	Variable	Naturaleza	Dimensiones	Criterios de medida	Indicadores
Dependiente	Muerte fetal intrauterina	cualitativa	óbito fetal	en gestantes de mas	
				de 22 semanas de edad	
				gestacional, con peso fetal mayor de 500 gr.	
			aborto	menos de 22 semanas	
				de edad gestacional y	
				menos de 500 gr	
	Factores maternos	cualitativa	control prenatal	controlada	> 6
				parcialmente controlada	< 6
		cualitativa	paridad	primigesta	
				multigesta	
		cualitativa	abortos previos	si	
				no	
		cualitativa	óbito fetal	si	
				no	
		cuantitativa	anemia	si	<11
				no	>11
		cualitativa	hemorragia de la II mitad del embarazo	si	
				no	
		cualitativa	preeclampsia	si	
				no	
		cualitativa	diabetes gestacional	si	
	no				
cualitativa	alteración de liquido amniótico	si			
		no			

Independiente		cualitativa	corioamnionitis	si	
				no	
		cualitativa	ITU	si	
				no	
		cualitativa	RPM	si	
				no	
	Factores fetales	cualitativa	sexo	masculino	
				femenino	
		cuantitativa	edad gestacional	a termino	>37 sem.
				pretermino	<37 sem.
		cualitativa	distocia de cordón	si	
				no	
	Factores socioeconómicos	cuantitativa	Edad materna	en edad fértil	<35 años
				gestante añosa	>35 años
cualitativa		estado civil	casada		
			soltera		
cualitativa		nivel de instrucción	analfabeta		
			alfabeta		

3.4 POBLACION Y MUESTRA:

3.4.1 Población: la población en estudio son todas aquellas gestantes cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional María Auxiliadora durante el periodo 2017-2018, las cuales fueron 13080.

3.4.2 Muestra:

a. Tipo de muestreo: Para el presente estudio se utilizó un muestreo probabilístico para los casos y no probabilístico por conveniencia para los controles en base a los criterios de inclusión.

b. Descripción de la muestra: La unidad muestral está dada por las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina cuyo parto fue atendido en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional María Auxiliadora periodo 2017-2018 y que cumpla con los criterios de inclusión.

c. tamaño de muestra: la muestra comprendió de 373 unidades de análisis a través de la fórmula de población finita no probabilístico, donde se encontraron 80 casos y se aparearon con 80 controles (relación 1:1) el cual cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

3.4.3 criterios de inclusión:

- Para los casos: Todos los casos de muerte fetal de más de 22 semanas de gestación, que fueron atendidos y registrados en el Hospital Nacional María Auxiliadora durante el periodo 2017 – 2018.
- Para los controles: Todos los casos de gestantes sin diagnóstico de muerte fetal, atendidas en el hospital Nacional María Auxiliadora, durante el periodo 2017-2018.
- Gestantes cuyo producto fue un recién nacido vivo.

3.4.4 criterios de exclusión:

- todos los casos de muerte fetal que no cumplan con 22 semanas de gestación por fecha de última regla.
- Pacientes que fueron atendidas fuera del periodo de estudio.
- Pacientes embarazadas.

3.5 INSTRUMENTOS: el instrumento de estudio son todas las historias clínicas de las gestantes que dieron su parto en el hospital nacional maría auxiliadora, periodo 2017-2018.

3.6 PROCEDIMIENTO: se solicitó información al departamento de estadística del hospital Nacional María Auxiliadora, la cual accedió y permitió acceder a la revisión de las historias clínicas que se solicitó para dicho estudio.

3.7 ANALISIS DE DATOS: Todos los datos recolectados fueron registrados en una computadora INTEL i3 con Windows 8, con el programa Excel 2013, y se analizaron con el paquete estadístico SPSS v. 25.0 usando la “Tabla de Contingencia: 2x2 simple para Casos y Controles”, con el cual obtuvimos el Odds Ratio y chi² de Pearson.

IV. RESULTADOS.

Tabla 1

Relación entre factores de riesgo materno y muerte fetal intrauterina.

Factor de riesgo materno		Muerte fetal intrauterina					
		casos (80)		controles(80)		totales (160)	
		cantidad	%	cantidad	%	cantidad	%
Control prenatal	completo	22	27.50%	51	63.75%	73	45.63%
	incompleto	58	72.50%	29	36.25%	87	54.37%
Abortos previos	si	26	32.50%	9	11.25%	35	21.88%
	no	54	67.50%	71	88.75%	125	78.13%
Paridad	primigestas	31	38.75%	28	35%	59	36.88%
	multigestas	49	61.25%	52	65%	101	63.13%
Óbito previos	si	11	13.75%	1	1.25%	12	7.50%
	no	69	86.25%	79	98.75%	148	92.50%
Anemia	si	57	71.25%	49	61.25%	106	66.25%
	no	23	28.75%	31	38.75%	54	33.75%
Hemorragia de la II mitad del embarazo pre eclampsia	si	12	15%	1	1.25%	13	8.13%
	no	68	85%	79	98.75%	147	91.88%
	si	10	12.50%	2	2.50%	12	7.50%
Diabetes Gestacional	no	70	87.50%	78	97.50%	148	92.50%
	si	8	10%	2	2.50%	10	6.25%
Alteración del líquido amniótico	no	72	90%	78	97.50%	150	93.75%
	si	17	21.25%	7	8.75%	24	15%
Corioamnionitis	no	63	78.75%	73	91.25%	136	85%
	si	7	8.75%	3	3.75%	10	6.25%
ITU	no	73	91.25%	77	96.25%	150	93.75%
	si	6	7.50%	5	6.25%	11	6.88%
RPM	no	74	92.50%	75	93.75%	149	93.13%
	si	17	21.25%	14	17.50%	31	19.38%
	no	63	78.75%	66	82.55	129	80.63%

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 01, en lo que respecta a la atención prenatal recibida, vemos que el grupo de los casos predominan las mujeres con un control prenatal incompleto (<6) hasta en un 72.5% a diferencia de las mujeres del grupo de los controles que en su mayoría tuvieron un control prenatal completo (>6) hasta en un 63.75%.

En lo que respecta al antecedente de abortos previos, notamos que el 32.5% de las mujeres del grupo de los casos tuvieron al menos un aborto previo como antecedente. En cambio, en el grupo de las mujeres del grupo de los controles solo el 11.25% tuvo como antecedente un aborto previo.

Respecto a la paridad como antecedente, notamos que las madres que presentaron muerte fetal intrauterina, fueron multigestas en su mayoría hasta en un 61.25%, al igual que las madres que pertenecen a los controles en su mayoría fueron multigestas (65%).

El 13.75% de las mujeres que tuvieron una muerte fetal intrauterina fueron mujeres que habían tenido un óbito fetal anteriormente, comparado con el 1.25% de las mujeres del grupo de los controles que también tuvieron un óbito fetal como antecedente.

Encontramos que la anemia es uno de los factores más frecuentes ya que estuvo presente tanto en las mujeres del grupo de los casos con un 71.25%, así como en el grupo de los controles con un 61.25% de madres que padecían anemia durante el embarazo.

Respecto a la presencia de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, solo el 15% de los casos tuvo un episodio de sangrado vaginal durante el embarazo, frente a un 1.25% de los controles.

Con respecto a la hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia) se encontró que fue un factor poco frecuente tanto en el grupo de los casos como en los controles con un 12.5% y un 2.5% respectivamente.

Igualmente, la presencia de diabetes gestacional, tanto en los casos como en los controles no fue muy frecuente, ya que solo el 10% de las mujeres que tuvieron muerte fetal intrauterina padecieron de diabetes durante su gestación, frente a un 2.5% de madres del grupo de los controles.

Respecto a la alteración del líquido amniótico durante el embarazo, notamos que 21.25% de pacientes del grupo de los casos tuvo dicha alteración, frente al 8.75% de los controles que también la padecieron.

Sobre la presencia de coriamnionitis en las gestantes del estudio, notamos que fue un factor no muy frecuente ya que solo un 8.75% de las pacientes de los casos tuvieron dicha patología. En el grupo de las pacientes de los controles solo el 3.75% lo padeció durante el embarazo.

Respecto a la infección del tracto urinario encontramos que predominan las pacientes que no tuvieron dicha patología, ya que solo el 7.5% de los casos y el 6.25% de los controles la padecían durante el embarazo.

Encontramos que el 21.25% de las pacientes que tuvieron muerte fetal intrauterina, tuvo rotura prematura de membranas durante el embarazo como factor de riesgo, frente a un 17.5% de los controles que también tuvieron RPM pero sin ninguna complicación.

Tabla 2

Estimación de riesgo y asociación entre factores de riesgo maternos y muerte fetal intrauterina.

Variables	casos (80)		controles(80)		OR	intervalo de confianza 95%		Ch2	P
	cantidad	%	cantidad	%		inferior	superior		
control prenatal									
Completo	22	27,5%	51	63,75%	0,216	0,110	0,421	21,18	0,001
Incompleto	58	72,5%	29	36,25%	4,636	2,373	9,059		
Abortos previos									
si	26	32,5%	9	11,25%	3,798	1,645	8,768	10,56	0,001
No	54	67,5%	71	88,75%					
Paridad									
Primigesta	31	38,75%	28	35%	1,175	0,618	2,235	0,242	0,372
Multigesta	49	61,25%	52	65%	0,851	0,447	1,619		
óbito previos									
si	13	16,25%	1	1,25%	15,328	1,954	120,246	11,272	0,001
No	67	83,25%	79	98,75%					
Anemia									
si	57	71,25%	69	86,25%	0,395	0,178	0,879	5,378	0,06
No	23	28,75%	11	13,75%					
hemorragia de la II mitad del embarazo									
si	12	15%	1	1,25%	13,941	1,767	109,996	10,131	0,001
No	68	85%	79	98,75%					
Preeclampsia									
si	10	12,5%	2	2,5%	5,571	1,18	26,305	5,766	0,016
No	70	87,5%	78	97,5%					
Diabetes gestacional									

si	8	10%	2	2,5%	4,333	0,891	21,086	3,84	0,05
No	72	90%	78	97,5%					
Alteración del líquido amniótico									
si	17	21,25%	7	8,75%	2,814	1,096	7,222	4,902	0,027
No	63	78,75%	73	91,25%					
Corioamnionitis									
si	7	8,75%	3	3,75%	2,461	0,613	9,880	1,707	0,191
No	73	91,25%	77	96,25%					
ITU									
si	6	7,5%	5	6,25%	1,216	0,356	4,159	0,098	0,755
No	74	92,5%	75	93,75%					
RPM									
si	17	21,25%	14	17,5%	1,272	0,579	2,795	0,360	0,548
No	63	78,75%	66	82,55%					

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2:

Las gestantes que tienen control prenatal completo tienen un OR de 0,216 y el IC varia de 0,110 a 0,421 y como no contiene a 1 en dicho intervalo, entonces el OR es estadísticamente significativo, además el chi2 es de 21,18 con un nivel de significancia P de 0,001 que es menor que 0,05; por lo tanto, el valor de Ch2 es estadísticamente significativa, siendo el control prenatal un factor protector de muerte intrauterina.

Las gestantes con antecedente de abortos previos presentan un OR de 3,798 con un IC: 1,645-8,768 que no incluye al 1, entonces podemos asumir que el valor de OR es estadísticamente significativo. Además, el valor del Chi2:10,56 con un nivel de significancia P: 0,001 menor de 0,05 nos indica que el valor del Ch2 es significativo, rechazando así la hipótesis nula que afirma que el aborto previo no es un factor de riesgo asociado a muerte intrauterina.

La gestante primigesta tiene un OR de 1,175 con intervalo de confianza IC: 0,618-2,235 no significativo ya que incluye al 1, además un valor de Chi2 de 0,242 con un nivel de significancia P: 0,372 no significativo ya que es mayor de 0,05; por lo tanto, no se podría rechazar la hipótesis nula de paridad, por lo tanto “la paridad no es un factor de riesgo asociado a muerte fetal intrauterina.

Las gestantes con antecedente de óbito previo presentan un OR de 15,328 con intervalo de confianza IC: 1,954-120,246 el cual no incluye a la unidad por tanto el valor del OR es estadísticamente significativo. Además, el valor del Ch2 es de 11,272 con un nivel de significancia P: 0,001 que es menor de 0,05, por lo tanto, el valor de Ch2 es significativo. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula que afirma que el óbito fetal no es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Las gestantes que presentan anemia durante el embarazo tienen un valor del Ch2 de 5,378 con un nivel de significancia P: 0,06 el cual es mayor que 0,05 por lo tanto no hay asociación estadísticamente significativo. Por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula que afirma que la anemia durante la gestación no es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Las gestantes que presentan hemorragia de la II mitad el embarazo, durante la gestación tienen un OR de 13,941 con intervalo de confianza IC: 1,767-109,996 que es significativo ya que no incluye a la unidad. Además, presentan un valor de Ch2 de 10,131 con un nivel de significancia P: 0,001 significativo ya que es menor de 0,05. Entonces se rechaza a la hipótesis nula que afirma que la hemorragia de la II mitad del embarazo no es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Las gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia) tienen un OR de 5,571 con un intervalo de confianza IC: 1,180-26,305 significativo ya que no contiene al 1, y tiene un valor de Ch2 de 5,766 con nivel de significancia P: 0,016 menor de 0,05 el cual nos indica que el valor de Ch2 es significativo. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula que afirma que los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia) no son un factor de riesgo para muerte fetal.

Las gestantes que presentaron diabetes gestacional tienen un OR de 4,333 con un intervalo de confianza IC: 0,891-21,086 que si contiene a la unidad por tanto el OR no es significativo. Además, el valor de Ch2 es 3,840 con nivel de significancia P: 0,05 el cual no es significativo. Entonces no se podría rechazar la hipótesis nula que afirma que la diabetes gestacional no es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Las gestantes que presentaron alteración del líquido amniótico tienen un OR de 2,814 con un intervalo de confianza IC: 1,096-7,222 el cual es significativo ya que el intervalo no contiene al 1, además el valor de Ch2 es de 4,902 con nivel de significancia P: 0,027 menor de 0,05 el cual podemos asumir que el valor de Ch2 es significativo. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula que afirma que la alteración del líquido amniótico durante el embarazo no es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Las gestantes con antecedente de corioamnionitis tienen un OR de 2,461 con intervalo de confianza IC: 0,613-9,880 que incluye a la unidad, por tanto, el valor OR no es significativo; además el valor de Ch2 es de 1,707 con nivel de significancia P: 0,191 no significativo ya que P es $>0,05$. Por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula que afirma que la corioamnionitis no es un factor de riesgo para muerte fetal.

Las gestantes con ITU tienen un OR de 1,216 con intervalo de confianza IC: 0,356-4,159 no significativo ya que el intervalo contiene a la unidad, además el valor de Ch2 es de 0,098 con nivel de significancia P: 0,755 mayor a 0,05 por tanto el valor de Ch2 no es significativo. Entonces no se podría rechazar la hipótesis nula que afirma que la ITU no es factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Las gestantes con RPM tienen un OR de 1,272 con intervalo de confianza IC: 0,579-2,795 no significativo ya que incluye a la unidad, además el valor de Ch2 es de 0,360 con nivel de significancia P: 0,548 mayor que 0,05 por tanto el valor de Ch2 no es significativo. Por tanto, no se puede rechazar la hipótesis nula que afirma que la rotura prematura de membrana no es un factor de riesgo para muerte fetal.

Tabla 3

Relación entre factores de riesgo fetales y muerte fetal intrauterina.

Factor de riesgo fetal	Muerte fetal intrauterina						
	casos		controles		totales		
	cantidad	%	cantidad	%	cantidad	%	
Sexo	masculino	43	53.75%	45	56.25%	88	55%
	femenino	37	46.25%	35	43.75%	72	45%
Edad gestacional	A termino	27	33.75%	69	86.25%	96	60%
	pretermino	53	66.25%	11	13.75%	64	40%
Distocia de cordón	si	11	13.75%	5	6.25%	16	10%
	no	69	86.25%	75	93.755	144	90%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 03, se observa que el sexo predominante en el estudio tanto en los casos de muerte fetal como en los controles de nacidos vivos fue el masculino, con un porcentaje de 53,75% y 56,25% respectivamente.

Respecto a la edad gestacional se puede observar que en el grupo de los casos hubo predominio de las gestaciones a pretermino en un 66.25%, a diferencia del grupo de los controles donde las gestaciones fueron en su mayoría a término en un 86.25%.

Con respecto a los casos de muerte fetal intrauterina vemos que el 13.75% de gestantes tuvo antecedente de distocia de cordón, comparado con los controles que solo 6.25% tuvo distocia de cordón.

Tabla 4

Estimación de riesgo y asociación entre factores de riesgo fetal y muerte fetal intrauterina.

variables	casos		controles		OR	Intervalo de confianza 95%		Ch2	P
	cantidad	%	cantidad	%		Inferior	superior		
sexo									
masculino	43	53.75%	65	81,25%	0,268	0,131	0,547	13,789	0,001
femenino	37	46.25%	15	18,75%	3,729	1,828	7,607		
Edad gestacional									
A termino	27	33.75%	69	86.25%	0,081	0,037	0,178	45,938	0,001
pretermino	53	66.25%	11	13.75%	12,313	5,604	27,054		
Distocia de cordón									
si	11	13.75%	5	6.25%	2,391	0,791	7,231	2,500	0,114
no	69	86.25%	75	93.75%					

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 04.

El producto de sexo masculino tiene un OR de 0,268 con intervalo de confianza IC: 0,131-0,547 significativo ya que no contiene al valor 1, además con Ch2 de 13,789 y nivel de significancia P: 0,001 significativo; lo mismo ocurre para el sexo femenino q tiene un OR de 3,729 con intervalo de confianza IC: 1,828-7,607 significativo, además con Ch2 y P significativos; por lo tanto se niega la hipótesis nula: “ el sexo no es un factor de riesgo asociado a muerte fetal intrauterina”, si bien es cierto ambos sexos son factores de riesgo, el sexo femenino tiene mayor riesgo, teniendo 3,729 veces más que el sexo masculino de relación con muerte fetal intrauterina.

Con respecto a los productos pretérmino presentan un valor OR de 12,313 con intervalo de confianza IC: 5,604-27,054 dado que el intervalo de confianza no incluye la unidad podemos asumir que el valor de OR es estadísticamente significativo, Además se observa que el valor de Ch2 es de 45,938 con un nivel de significancia P: 0,001 menor de 0,05 esto indica que el valor de Ch2 es estadísticamente significativo. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula que afirma que: “La edad gestacional pretérmino no es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Al hecho de una gestante con un producto a término, se calculó un OR de 0,081 con intervalo de confianza IC: 0,037-0,178 y el valor de Ch2 es de 45,938 con un nivel de significancia de 0,001 ($p < 0,05$), esto indica una asociación significativa y de protección al riesgo de presentar óbito fetal.

La distocia de cordón tiene un OR de 2,391 con intervalo de confianza IC: 0,791-7,231 no significativo que incluye la unidad, un Ch2 de 2,500 con P: 0,114 mayor de 0,05 no es

significativo. Entonces no se rechaza la hipótesis nula que afirma que la distocia de cordón no es factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Tabla 5

Relación de factores de riesgo socioeconómico y muerte fetal intrauterina.

Factor de riesgo socio económico		Muerte fetal intrauterina					
		casos		controles		totales	
		cantidad	%	cantidad	%	cantidad	%
Edad materna	< de 35 años	37	46%	74	92.50%	111	69.00%
	> de 35 años	43	53.75%	6	7.50%	49	31%
Estado civil	casada	75	93.75%	71	88.75%	146	91%
	soltera	5	6.25%	9	11.25%	14	9.00%
Nivel de instrucción	analfabeta	1	1.00%	0	0%	1	0.63%
	alfabeta	79	99%	80	100.00%	159	99.37%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 05.

en cuanto a la edad materna se observa que las edades de las pacientes que tuvieron muerte fetal intrauterina, era mayor de 35 años hasta en un 53.75%, mientras que en los controles las edades predominantes de las pacientes son menores de 35 años hasta en un 92.50%.

Respecto al estado civil de las pacientes del estudio vemos que hay predominio de las pacientes que están casadas tanto en los casos con 93.75%, como en los controles 88.75%.

Se observa que el 99% de las pacientes del grupo de los casos y el 100% de los controles son alfabetas.

Tabla 6

Estimación de riesgo y asociación entre factores de riesgo socioeconómico y muerte fetal intrauterina.

variables	casos		controles		OR	intervalo de confianza 95%		Ch2	P
	cantidad	%	cantidad	%		Inferior	Superior		
edad materna									
<35 años	37	46%	74	92,5%	0,070	0,027	0,179	40,272	0,001
>35 años	43	53,75%	6	7,5%	14,33	5,594	36,727		
estado civil									
casada	75	93,75%	71	88,75%	1,901	0,608	5,947	1,252	0,263
soltera	5	6.25%	9	11.25%	0,526	0,168	1,645		
nivel de instrucción									
analfabeta	1	1,25%	0	0%	2,013	1,721	2,353	1,006	0,316
alfabeta	79	98,75%	80	100%	0,497	0,425	0,581		

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 06.

Las gestantes menores de 35 años tienen un OR de 0,070 con intervalo de confianza IC: 0,027-0,179 significativo que no contiene al 1, además con Ch2 de 40,272 y nivel de significancia P: 0,001 significativo, por lo tanto, es un factor protector, a diferencia de las gestantes mayores de 35 años que tienen un OR de 14, 333; por lo tanto, la edad materna mayor de 35 años es un factor de riesgo asociado a muerte fetal intrauterina.

El estado civil tiene un OR con nivel de confianza no significativo, además de un Chi2 y P no significativos; de esta manera no se rechaza la hipótesis nula; “el estado civil no es un factor de riesgo asociado a muerte fetal intrauterina.

El nivel de instrucción tiene un OR con intervalo de confianza significativo, además tiene un valor de Ch2 con $P > 0,05$ el cual no es significativo. Esto nos indica que el nivel de instrucción es un factor protector para muerte fetal intrauterina.

V. DISCUSION DE RESULTADOS.

La muerte fetal intrauterina es un problema mundial; aproximadamente 3 millones de muerte fetal intrauterina se producen cada año, de los cuales el 98 % de los casos ocurren en países de bajo o mediano nivel socio-económico. Estas estadísticas son impactantes, se producen dos veces más casos de muerte fetal intrauterina que muertes causadas por el VIH/SIDA, que han recibido justamente mucha atención y actividades a nivel mundial.

Mi tesis tiene el objetivo analizar qué factores de riesgo fueron los más frecuentes en pacientes con diagnóstico confirmado de muerte fetal intrauterina hospitalizados en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional María Auxiliadora, durante el periodo 2017-2018.

Durante el período de estudio 2017-2018, en el Hospital Nacional María Auxiliadora según datos estadísticos, se atendieron 13080 gestantes en Sala de Partos, mostrando un promedio de 6539 gestantes por año y 545 por mes. Dentro de los cuales se atendieron 152 casos de muerte fetal intrauterina (1,16% del total de partos).

De acuerdo a la atención prenatal, predominan las gestantes con control prenatal incompleto en el grupo de casos (72,5%), este hallazgo es similar al estudio realizado por Guadalupe Panduro B. y cols. (Panduro, Perez, Panduro, Castro, & Vazquez, 2011) en el cual se encuentra que el antecedente de atención prenatal deficiente, también fue más frecuente en el grupo estudio (188/528 vs 65/528). También Milla LM et al. (Milla Vera, Saravia Torres, Salviz Salhuana, & Rojas Jaimes, 2005), muestran hallazgos similares en los cuales el 66,6% tuvieron menos de 5 controles prenatales, lo que deja de manifiesto que el Control Prenatal aun no es el adecuado y representa un factor de riesgo de acuerdo a los resultados obtenidos.

Los abortos previos representa un factor de riesgo importante ya que se encontró una asociación significativa con el riesgo de muerte (OR: 3,789; IC95%: 1,645-8,768), lo cual coincide con otros estudios realizados por Panduro (Panduro, Perez, Panduro, Castro, & Vazquez, 2011).

Con respecto a las gestantes que presentaron muerte fetal intrauterina, la anemia fue predominante (71.25%), al igual que en el grupo de los controles (86.25%), no se halló una asociación significativa, al contrario, la ausencia de anemia representa un factor protector. Milla et al. (Milla Vera, Saravia Torres, Salviz Salhuana, & Rojas Jaimes, 2005) menciona que 34 madres (73,91%) cursaron con anemia. Estos resultados son similares a los encontrados por Nelly (Moreno Gutierrez, 2012) hallándose una asociación estadísticamente significativa de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Con respecto a la alteración del volumen del líquido amniótico, se evidencia una mayor frecuencia de un volumen normal tanto en los casos (78,75%) como en los controles (91,25%); siendo la alteración de líquido amniótico con una frecuencia de 21,25% para el grupo de casos y 8,75% para los controles. Respecto al análisis de riesgo, en nuestra investigación encontramos asociación significativa de riesgo (OR: 2.814, IC: 1.096-7.222, Ch2: 4.902 y P: 0,027). Concluyendo que la alteración del volumen de líquido amniótico es un factor de riesgo.

Respecto a la presencia de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, los trastornos hipertensivos del embarazo lo que más predominó fue la ausencia en ambos grupos, pero se halló asociación significativa con la muerte fetal intrauterina para ambos factores de riesgo (OR: 13.941, IC: 1.767-109.996, Ch2: 10.131 y P: 0.001) (OR: 5.571, IC: 1.18-26.305, Ch2: 5.766, P: 0.016)

En términos de frecuencia, nuestro estudio encuentra que de las mujeres que presentaron óbito fetal, 53.75% eran mayores de 35 años de edad. En cuanto a la estimación de riesgo, nuestro estudio encontró, que el OR para el hecho de tener más de 35 años fue 14.333 con un IC95%: 5.594-36.727, por lo que se afirma que es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina con una fuerza de asociación moderada; además el valor del Chi cuadrado tiene un grado de significancia de 0.001, por lo que es estadísticamente significativo. Estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos por Moreno (Moreno Gutierrez, 2012) encontrando una asociación significativa de riesgo de muerte fetal intrauterina con el hecho de tener más de 35 años (OR: 2,2966; IC95%: 1,2041 - 4,3804) y un factor significativo de protección al riesgo al hecho de tener entre 25 y 35 años (OR: 0,2582; IC95%: 0,1235 - 05399).

En cuanto al sexo de los fetos, encontramos una mayor frecuencia de sexo masculino, 55% del total, 53.75% de los casos y 56.25% de los controles. Al realizar el análisis estadístico de riesgo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino del producto y óbito fetal (OR: 3.729, IC: 1.828-7.607, Ch2: 13.789 y P: 0.001). Concluyendo que el sexo femenino del producto es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Los productos de madres que tuvieron óbito fetal, el 66.25% fueron pretermino y por debajo de este con 33.75% embarazos a término, a diferencia del grupo control donde el 86.25% corresponde a embarazos de término. En cuanto a la estimación de riesgo, mi estudio solo encontró significancia estadística para la edad gestacional Pretérmino (OR: 12.313, IC: 5.604-27.054, Ch2: 45.938 y P: 0.001). Además, se pudo observar la existencia del factor protector edad gestacional a término. Nuestros resultados concuerdan con los obtenidos por Moreno (Moreno Gutierrez, 2012) quienes reportaron que la edad gestacional a término y el peso adecuado del producto son factores protectores al riesgo de muerte fetal intrauterina.

VI. CONCLUSIONES.

1. Según las características de las pacientes en estudio se encontró que la mayoría de las pacientes tenían menos de 35 años de edad, en su mayoría casadas y casi la totalidad de pacientes no eran analfabetas.
2. Se concluye que los factores de riesgo maternos más frecuentes asociados a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora son: el control prenatal incompleto, abortos previos, óbitos previos, hemorragia de la II mitad del embarazo, preeclamsia y alteración del líquido amniótico, siendo el óbito fetal previo el factor de riesgo con mayor asociación.
3. Se concluye que los factores de riesgo fetales más frecuentes asociados a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora son: el sexo masculino del producto y la edad gestacional pretermino, siendo esta última el factor de mayor asociación.
4. Se concluye que el factor de riesgo socioeconómico más frecuente asociado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora es la edad materna mayor de 35 años.

VII. RECOMENDACIONES.

1. Promover políticas en la cual permitan el acceso a los resultados de autopsia para así conocer las causas verdaderas de muerte fetal y así tener una mejor valoración.
2. Hacer un análisis y revalorar la calidad de atención prenatal que el personal de la salud brinda a las mujeres gestantes ya que constituye uno de los principales pilares para disminuir el riesgo de muerte fetal intrauterina.
3. Mejorar la cantidad y calidad de capacitaciones que el personal de salud del primer nivel de atención brinda a las mujeres gestantes con el fin de dar a conocer todos los cuidados que deben de tener en cuenta y todos los riesgos que incluye el embarazo para así disminuir el riesgo de presentar un a muerte fetal intrauterina.
4. La edad materna es un factor importante como riesgo que puede desencadenar una muerte fetal intrauterina, es por ello que se debe reforzar los programas de planificación familiar con el fin de concientizar a la población a planificar un embarazo no riesgoso en relación a la edad materna.
5. Promover el desarrollo de estudios que permitan mejorar y confirmar los hallazgos encontrados en este estudio y que además puedan detectar otros factores que no fueron considerados en este estudio.

VIII. REFERENCIAS.

Referencias

- Botella LLusia, J., & Clavero Nuñez, J. A. (1993). *Tratado de ginecología*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Calvillo, M. N. (mayo de 2014). *análisis de muerte fetal tardía*. Obtenido de análisis de muerte fetal tardía: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip143d.pdf>
- Chavez, W., Saldaña, L., Oña, J., & Valdivieso, A. (1996). Muerte Fetal Intrauterina: Factores de Riesgo. Hospital de Apoyo III-Sillana. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 1-9.
- Gonzalez, R. B. (Septiembre de 2013). *El Aborto*. Obtenido de El Aborto: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf>
- Hernandez Trejo, M., Aguayo Gonzales, P., & Beltran Zuñiga, M. (2009). Infeccion bacteriana y Obito. *Perinatol Reprod Hum 2009; 23 (4): 207-213*.
- Kelley, w. N. (1993). *Medicina interna*. Buenos aires: Ed. Médica Panamericana.
- Lancet, T. (2011). Muerte Fetal Intrauterina. *The Lancet*, 3.
- Mendoza Villavicencio, L. M., Constantino Spyrides, M. H., & Jaimes Mancilla, M. S. (24 de noviembre de 2014). *Muerte Fetal: Un Problema en America del Sur*. Obtenido de Muerte Fetal: Un Problema en America del Sur: [file:///C:/Users/Eileen/Downloads/2108-6184-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eileen/Downloads/2108-6184-1-PB%20(1).pdf)
- Milla Vera, L. M., Saravia Torres, N., Salviz Salhuana, M., & Rojas Jaimes, J. (2005). Muerte Fetal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo Agosto 2003- noviembre 2004. *Revista Medica Herediana*.
- MINSA. (2018). Casos de muerte fetal y neonatal por año. Peru, 2013-2018. *Centro Nacional de Epidemiología, Prevencion y Control de Enfermedades-MINSA*.
- Moreno Gutierrez, N. (2012). "Factores que se asocian a la Muerte Fetal Intrauterina presentados en el Hospital "María Auxiliadora" del Cono Sur De Lima – 2011", *rev.Peru.Obstet.Enferm.8(2)2012*, 56-66.
- Panduro, g., Perez, J., Panduro, E. G., Castro, J. F., & Vazquez, M. D. (2011). factores de riesgo Prenatales en la Muerte Fetal Tardía, Hospital Civil de Guadalajara, Mexico. *REV CHIL OBSTET GINECOL 2011; 76(3): 169 - 174, 169-174*.
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Organización Panamericana de la Salud . (24 de febrero de 2011). *Protocolo 1 atención prenatal en atención primaria de la salud*. Obtenido de Protocolo 1 atención prenatal en atención primaria de la salud.:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31251/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Pons, A., Sepulveda, E., Leiva, J. L., Rencoret, G., & Germain, A. (2014). Muerte Fetal. *REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 908-916*].
- Rangel Calvillo, M. (2014). Analisis de Muerte Fetal Tardia. *Perinatol Reprod Hum 2014; 28 (3): 139-145, 139-145.*
- Redondo de Oro , K., Gomez Villa, J., Barrios Garcia , L., & Alvis Estrada, L. (2016). Identificacion de las causas de muerte fetal en una Institucion Hospitalaria de atencion materna de Cartagena, Colombia, 2012-2014 . *Revista colombiana de obstetricia y ginecologia vol. 67 No 3 julio-septiembre 2016, 188.*
- Rojas, E., Salas, K., Oviedo, G., & Plenzyk, G. (2006). Incidencia y Factores de Riesgo Asociados al Obito Fetal en 2 Hospitales Venezolanos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia.*
- Saulo Molina, D. A. (marzo de 2010). *Muerte Fetal Anteparto*. Obtenido de Muerte Fetal Anteparto: <file:///C:/Users/Eileen/Downloads/15969-Texto%20del%20art%C3%ADculo-56347-1-10-20160412.pdf>
- Sepulveda, J., & Quintero, E. M. (2004). Muerte fetal inexplicada. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 55 No.4 • 2004 • (300-307).*
- Steven G. Gabbe, J. R. (2019). *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo*. barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Vera Romero, O. E., & Vera Romero, F. M. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una poblacion de lambayeque. *Rev. cuerpo méd. HNAAA.*
- Vicente José Diago Almela, A. P. (s.f.). muerte fetal intrauterina. *muerte fetal intrauterina.*
- Vicente José Diago Almela, A. P. (s.f.). *muerte fetal tardia*. Obtenido de muerte fetal tardia.
- Vicente José Diago Almela, A. P. (s.f.). muerte fetal tardia. *muerte fetal tardia, 1-8*. Obtenido de muerte fetal tardia.

IX. ANEXOS

TABLA N°1

CONTROL PRENATAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL.

		Control Pre-natal			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	73	45,6	45,6	45,6
	No	87	54,4	54,4	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

GRAFICO N° 1

CONTROL PRENATAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

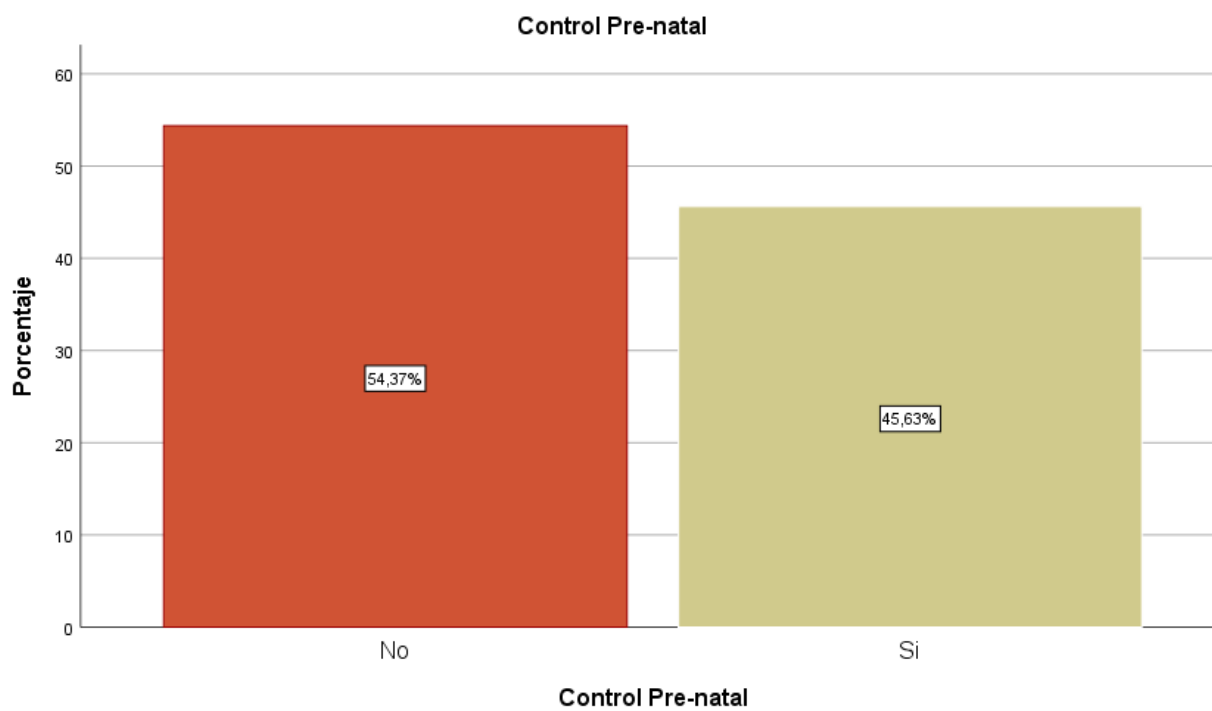


TABLA N° 2

ABORTOS PREVIOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Abortos Previos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	35	21,9	21,9	21,9
	No	125	78,1	78,1	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

GRAFICO N° 2

ABORTOS PREVIOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERT FETAL.

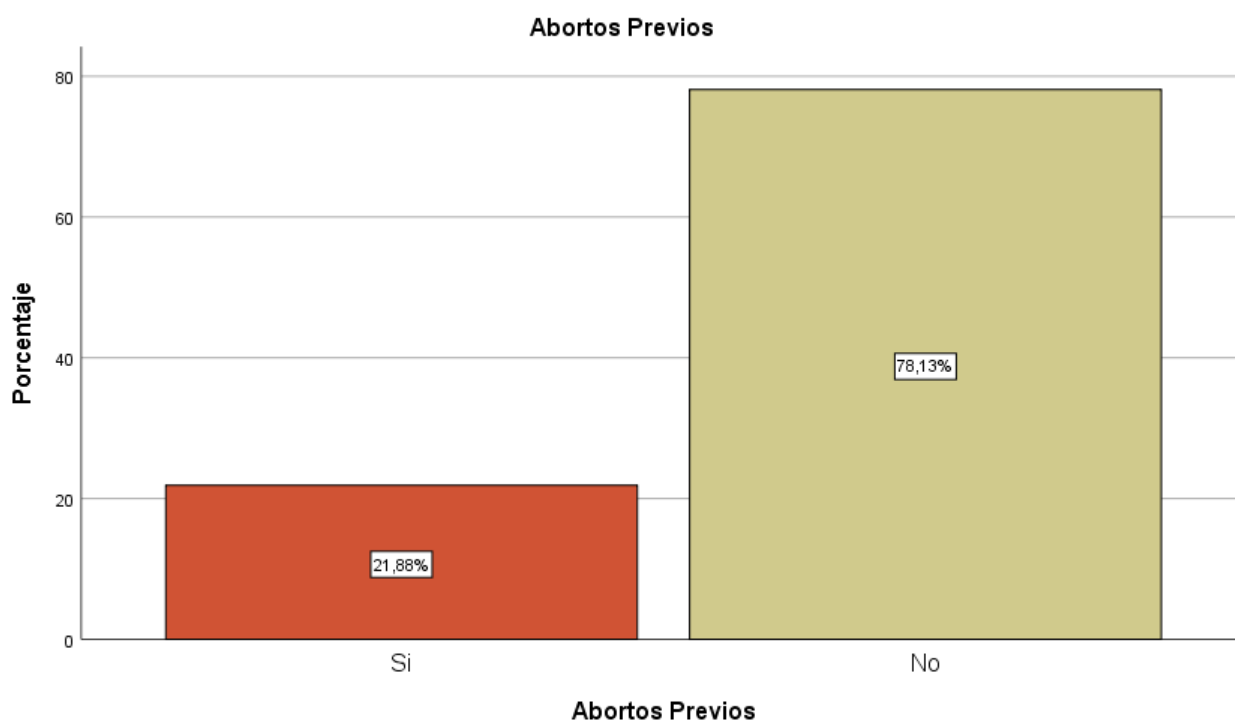


TABLA N° 3

PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Paridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primigesta	59	36,9	36,9	36,9
	Multigesta	101	63,1	63,1	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N° 3

PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

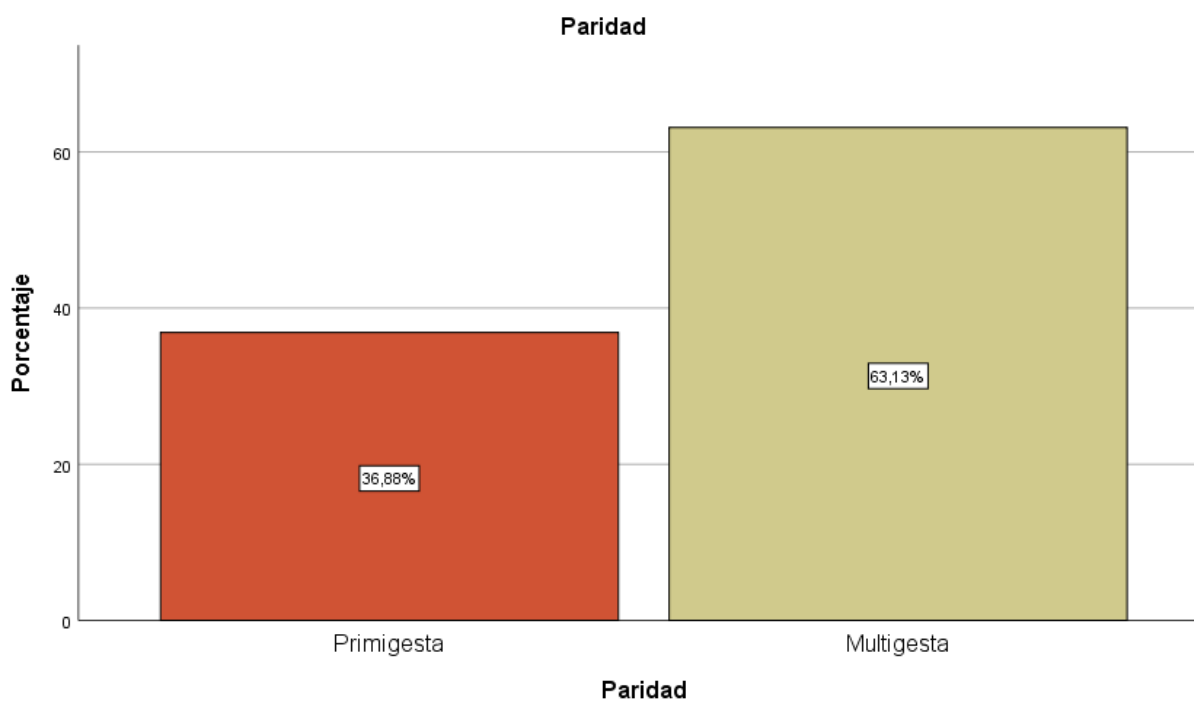


TABLA N°4

OBITOS PREVIOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Óbitos Previos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	14	8,8	8,8	8,8
	No	146	91,3	91,3	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°4

OBITOS PREVIOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

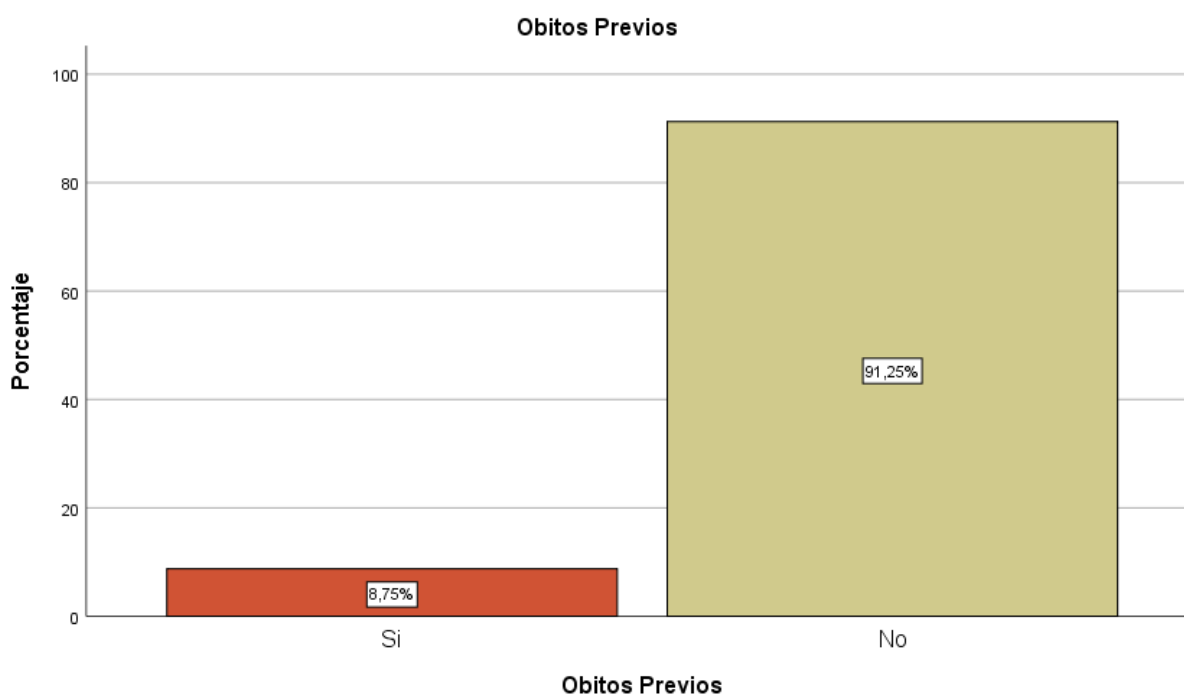


TABLA N° 5

ANEMIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Anemia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	126	78,8	78,8	78,8
	No	34	21,3	21,3	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N° 5

ANEMIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

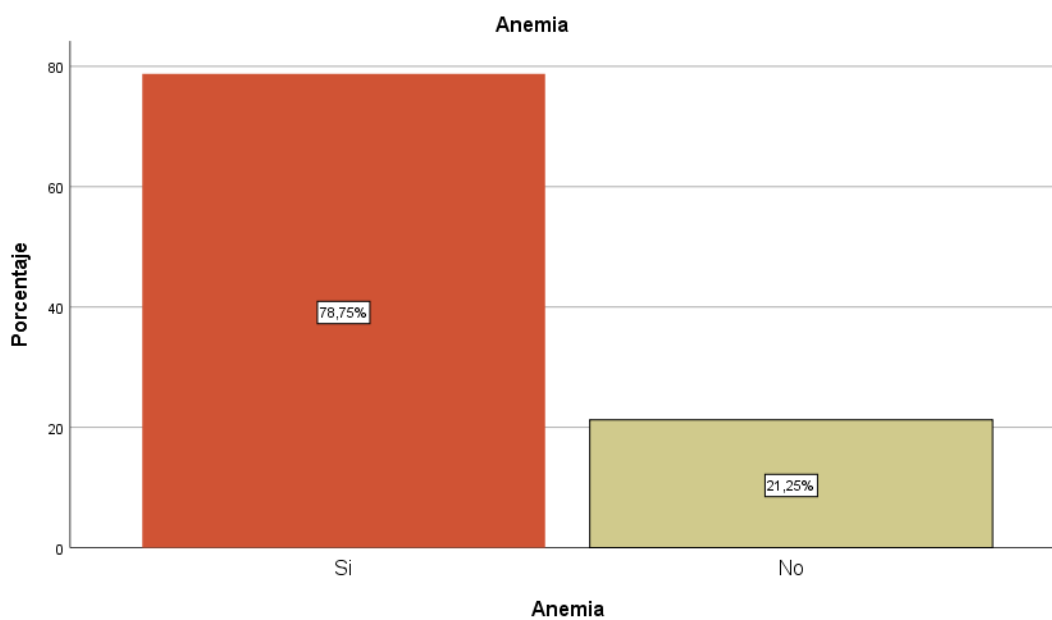


TABLA N° 6

HEMORRAGIA DE LA 2DA MITAD DEL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIEGO PARA
MUERTE FETAL

Hemorragia de la II mitad del embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	13	8,1	8,1	8,1
	No	147	91,9	91,9	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°6

HEMORRAGIA DE LA 2DA MITAD DEL EMBARAZO COMO FACTOR DE RIEGO PARA
MUERTE FETAL

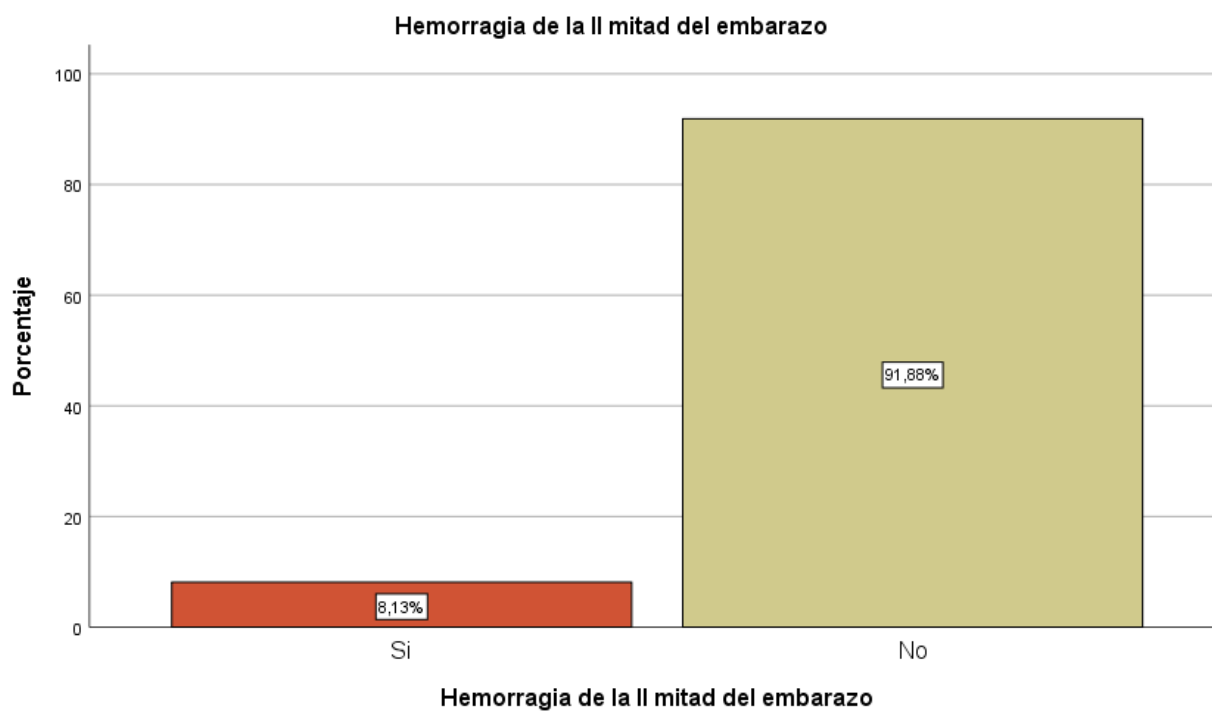


TABLA N°7

PRECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Preclampsia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	12	7,5	7,5	7,5
	No	148	92,5	92,5	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°7

PRECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

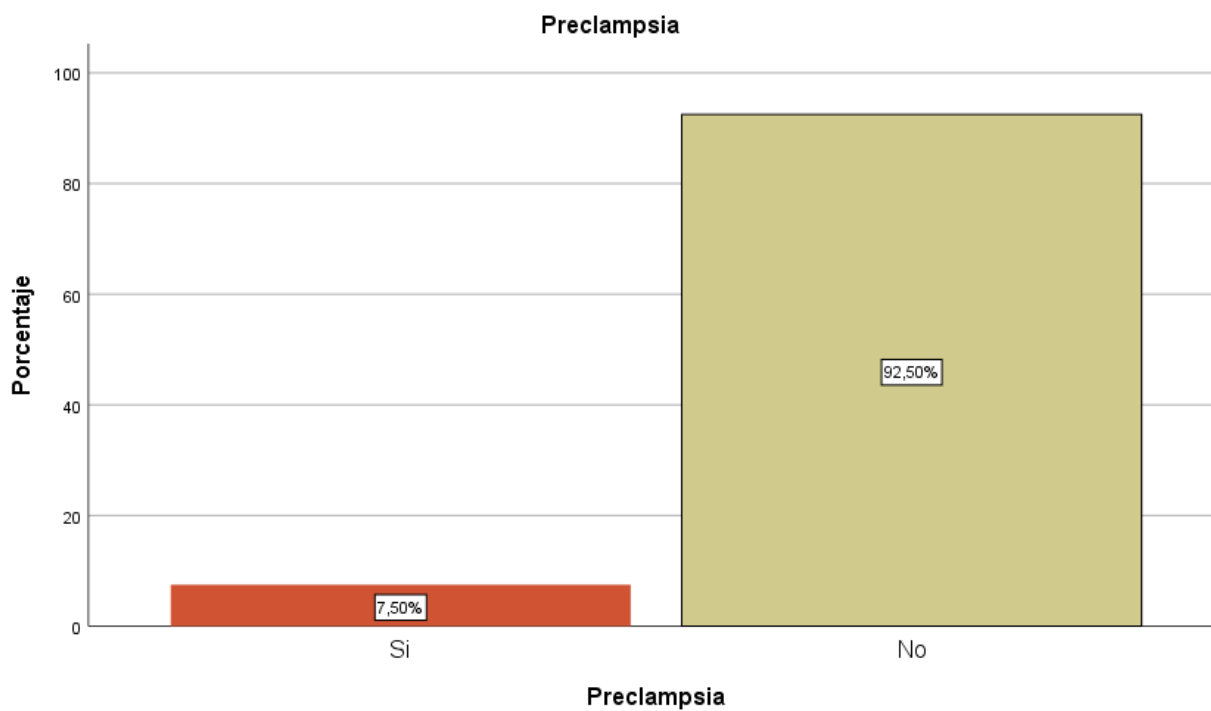


TABLA N°8

DIABETES GESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Diabetes Gestacional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	10	6,3	6,3	6,3
	No	150	93,8	93,8	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°8

DIABETES GESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

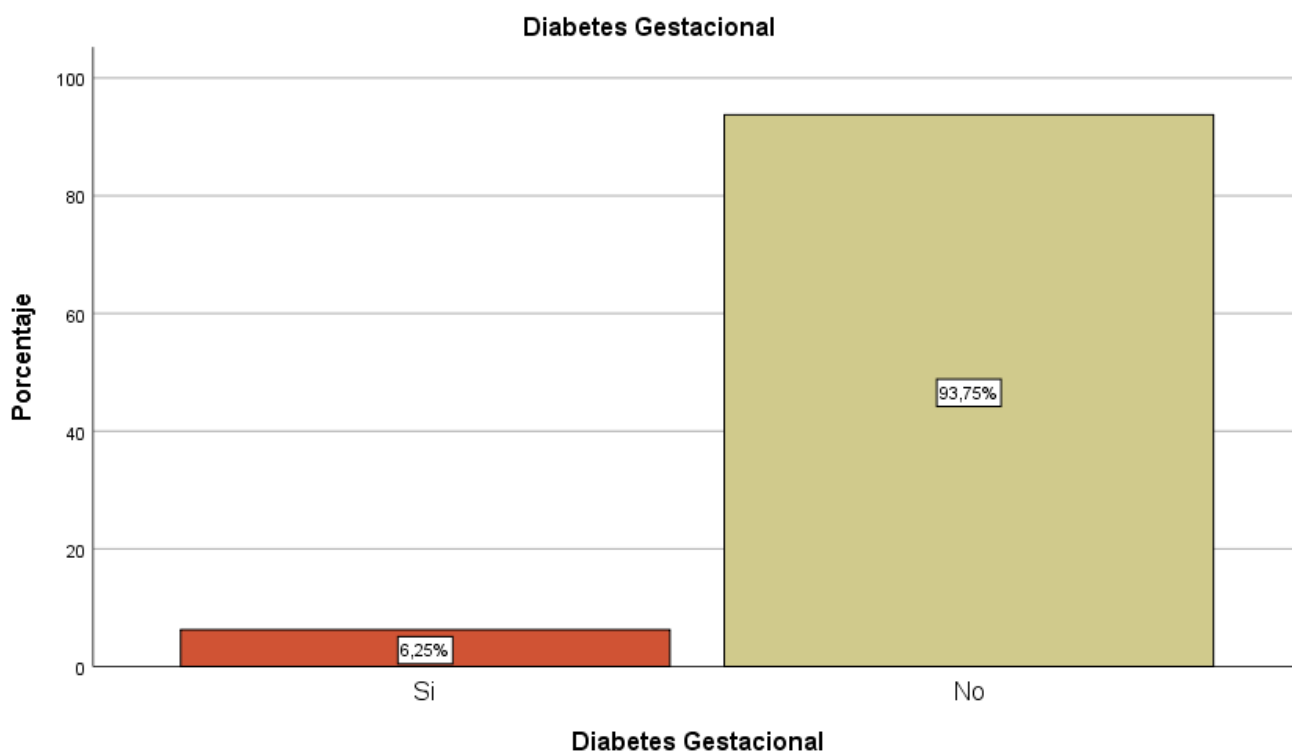


TABLA N°9

ALTERACION DEL LIQUIDO AMNIOTICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA
MUERTE FETAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	24	15,0	15,0	15,0
	No	136	85,0	85,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°9

ALTERACION DEL LIQUIDO AMNIOTICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA
MUERTE FETAL

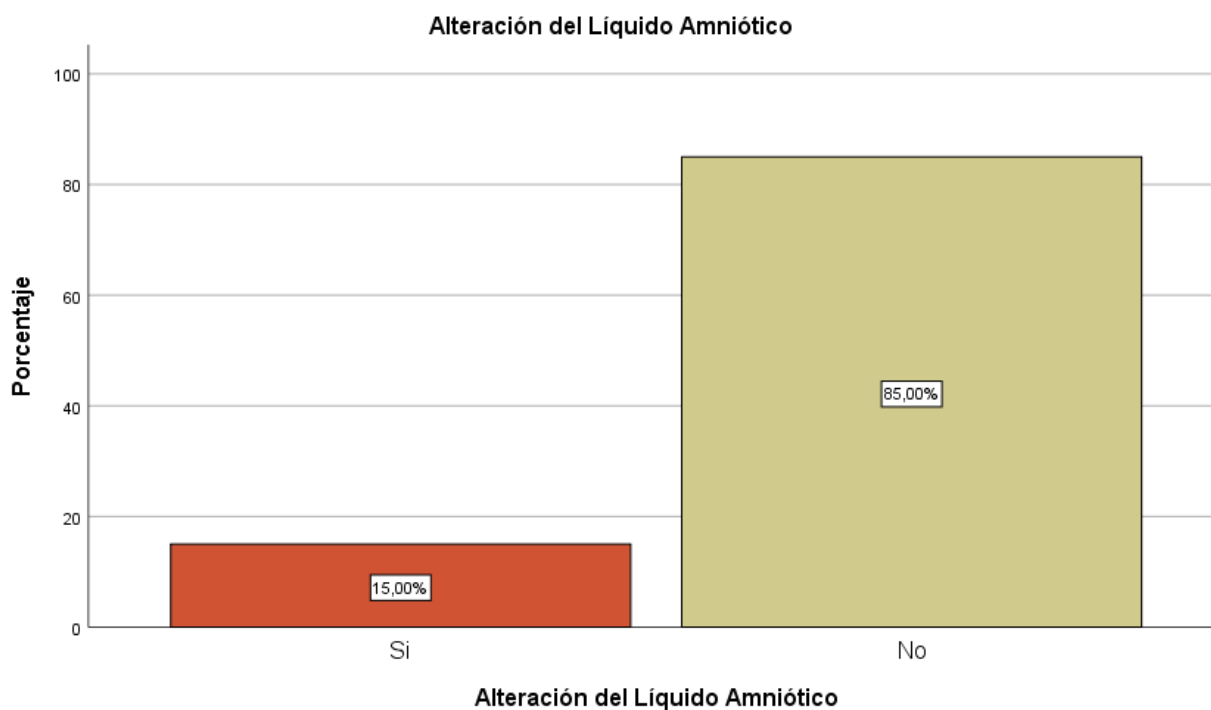


TABLA N°10

CORIOAMNINITIS COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Corioamnionitis			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	10	6,3	6,3	6,3
	No	150	93,8	93,8	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

TABLA N°10

CORIOAMNINITIS COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

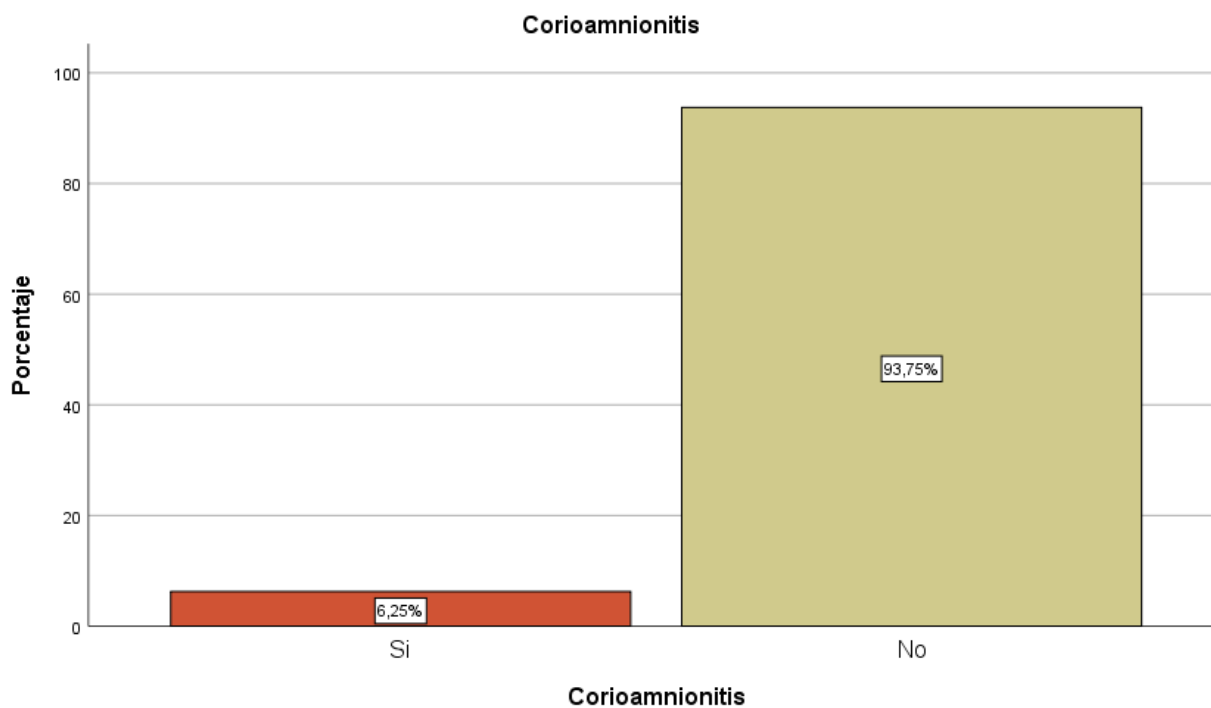


TABLA N°11

ITU COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	11	6,9	6,9	6,9
	No	149	93,1	93,1	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°11

ITU COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

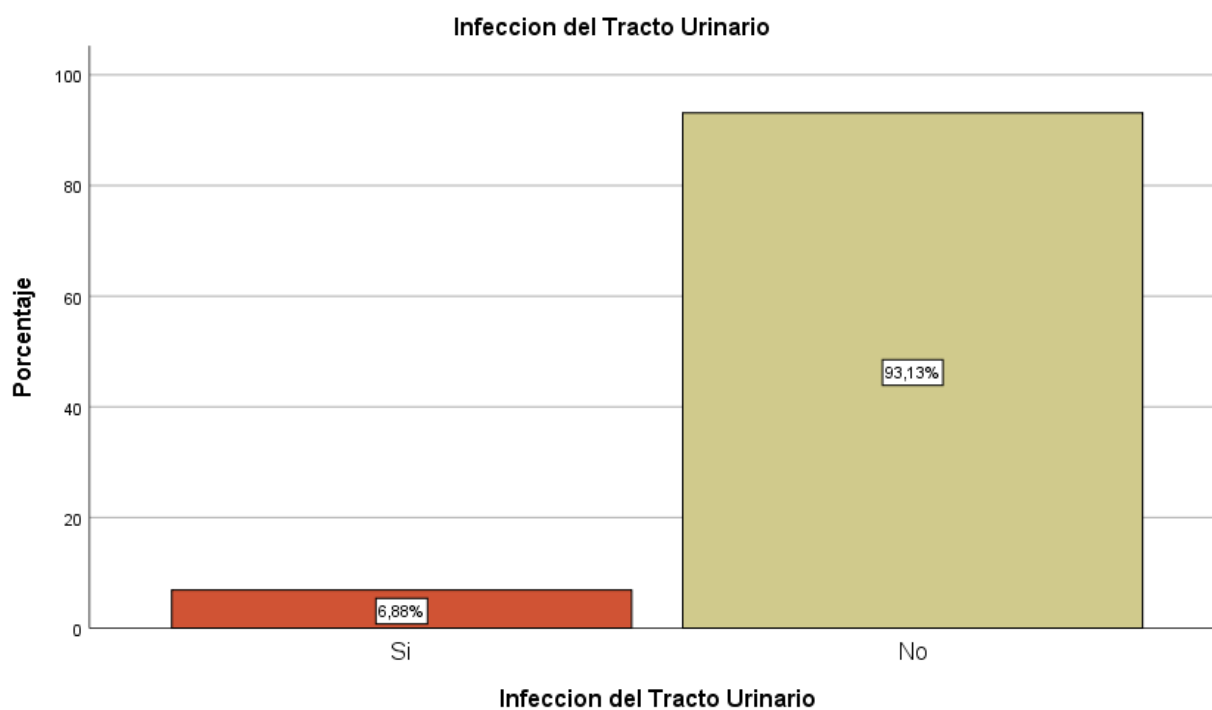


TABLA N°12

RPM COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Rotura Prematura de Membranas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	31	19,4	19,4	19,4
	No	129	80,6	80,6	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°12

RPM COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

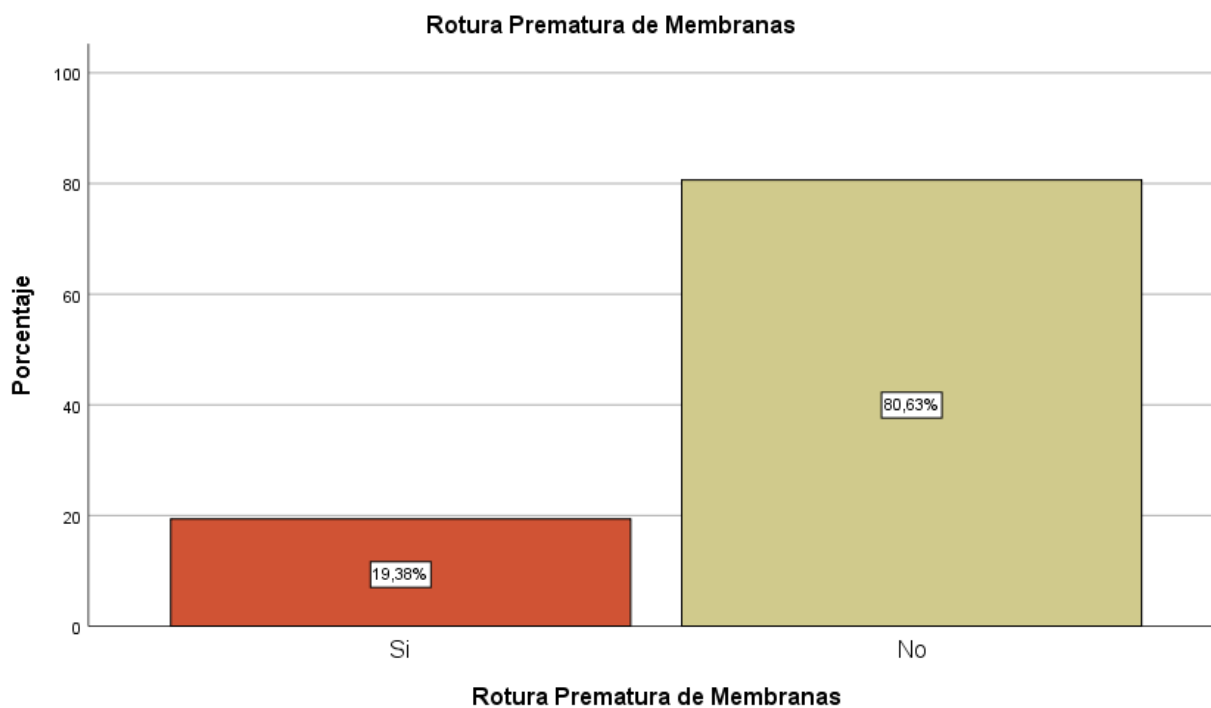


TABLA N°13

SEXO COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	108	67,5	67,5	67,5
	Femenino	52	32,5	32,5	100,0
Total		160	100,0	100,0	

CUADRO N°13

SEXO COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

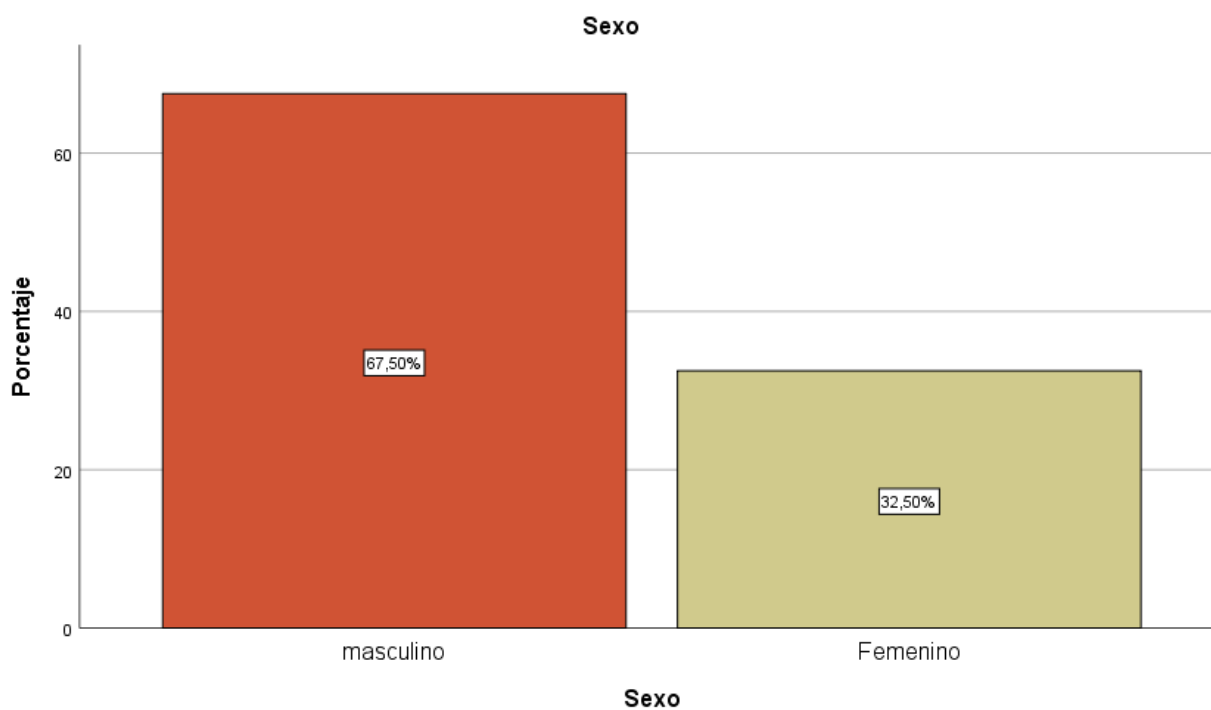


TABLA N°14

EDAD GESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Edad Gestacional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A Término	96	60,0	60,0	60,0
	Pretérmino	64	40,0	40,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°14

EDAD GESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

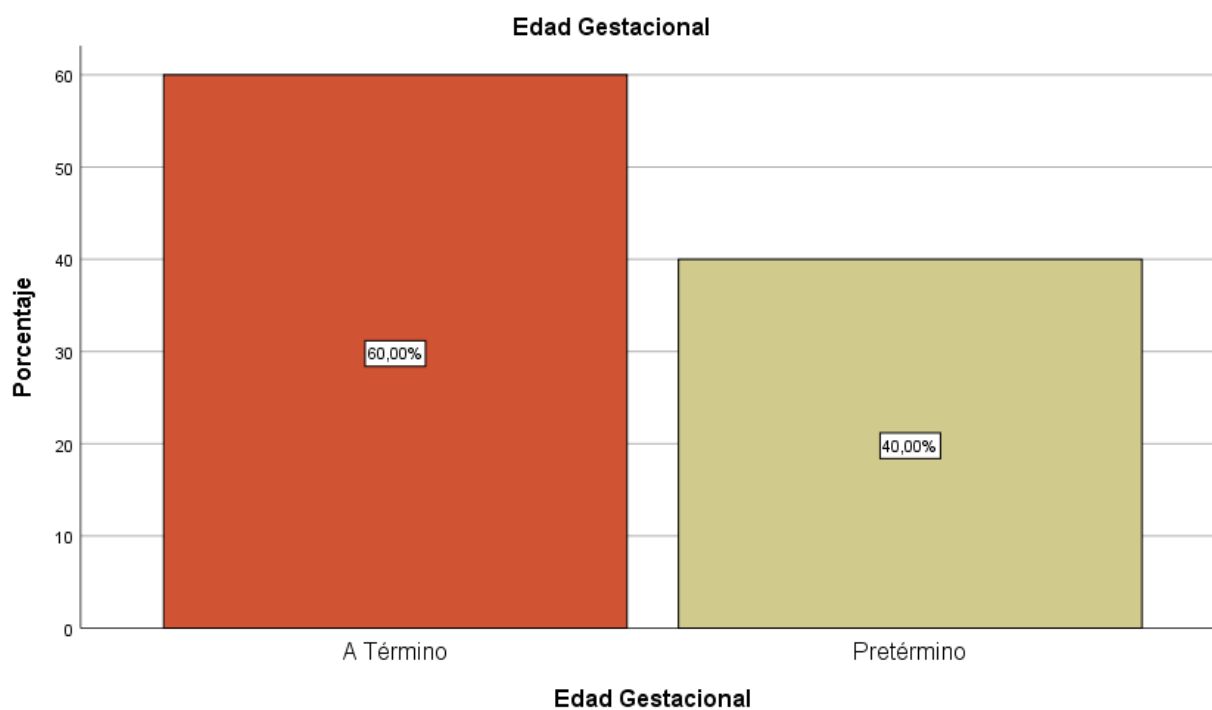


TABLA N°15

DISTOCIA DEL CORDON COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Distocia de Cordón			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	16	10,0	10,0	10,0
	No	144	90,0	90,0	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°15

DISTOCIA DEL CORDON COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

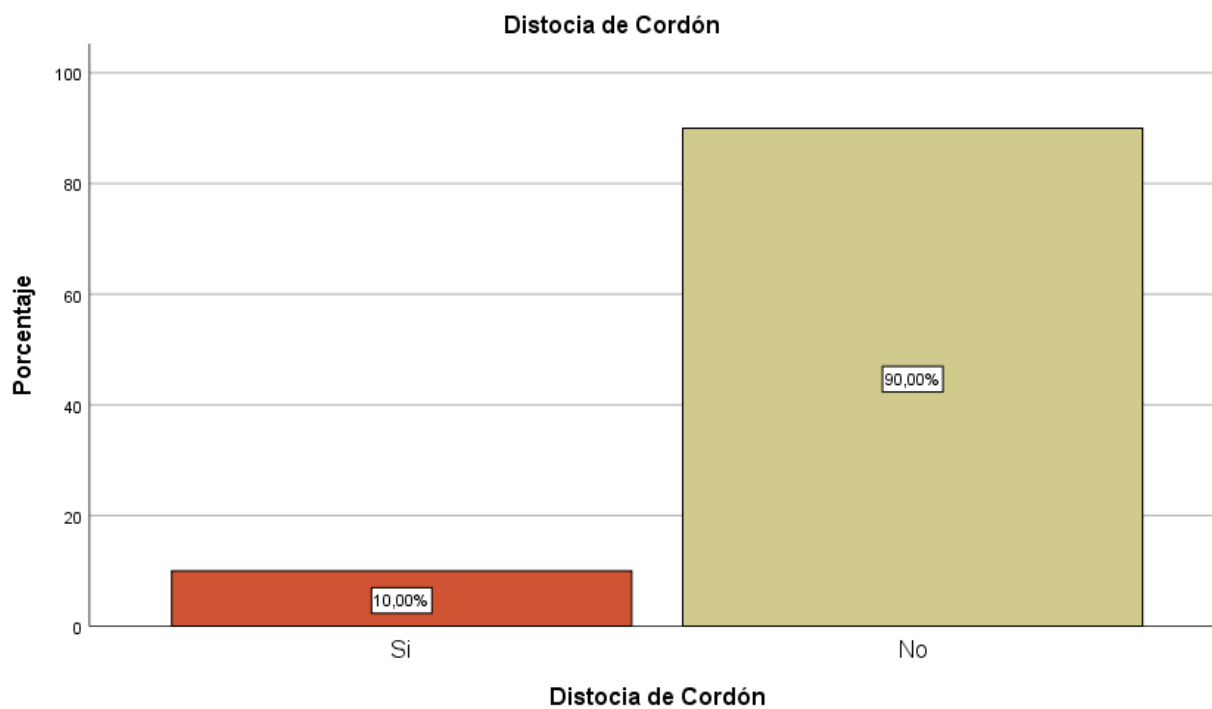


TABLA °16

EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Edad Materna			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menores de 35 años	111	69,4	69,4	69,4
	de 35 años a más	49	30,6	30,6	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO °16

EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

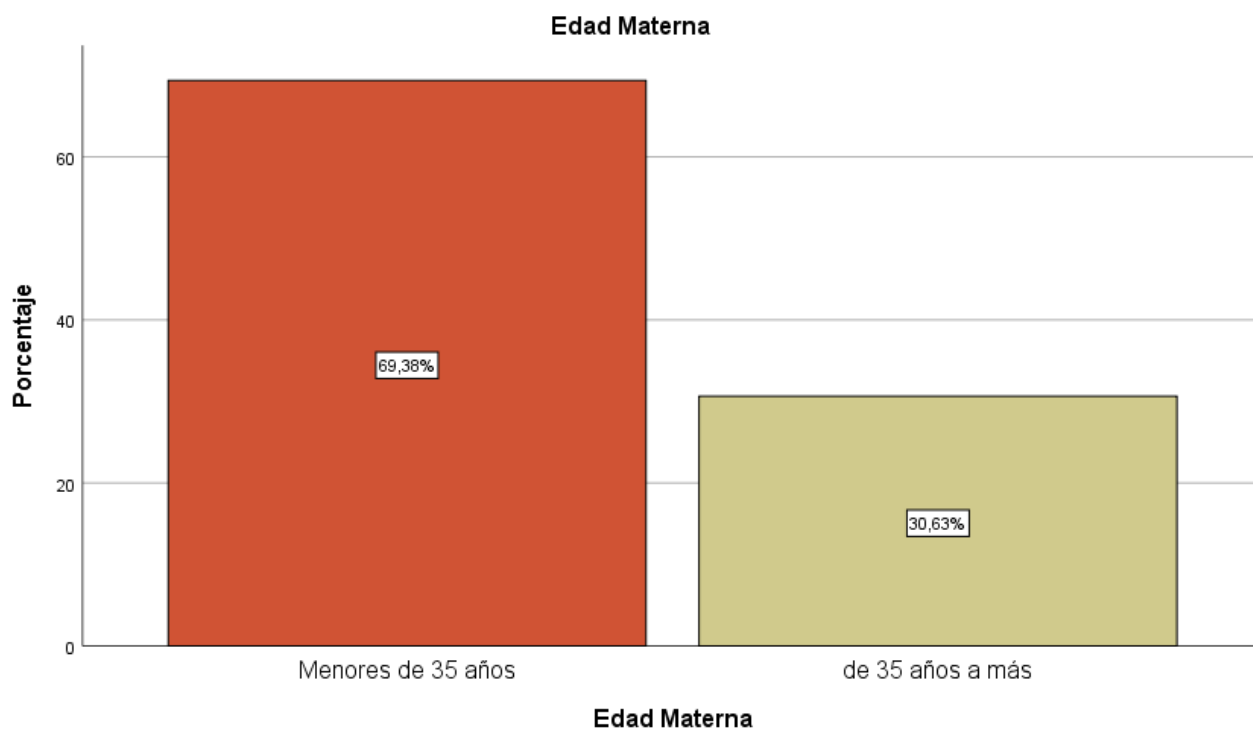


TABLA N°17

ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL.

		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	146	91,3	91,3	91,3
	Soltero	14	8,8	8,8	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°17

ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

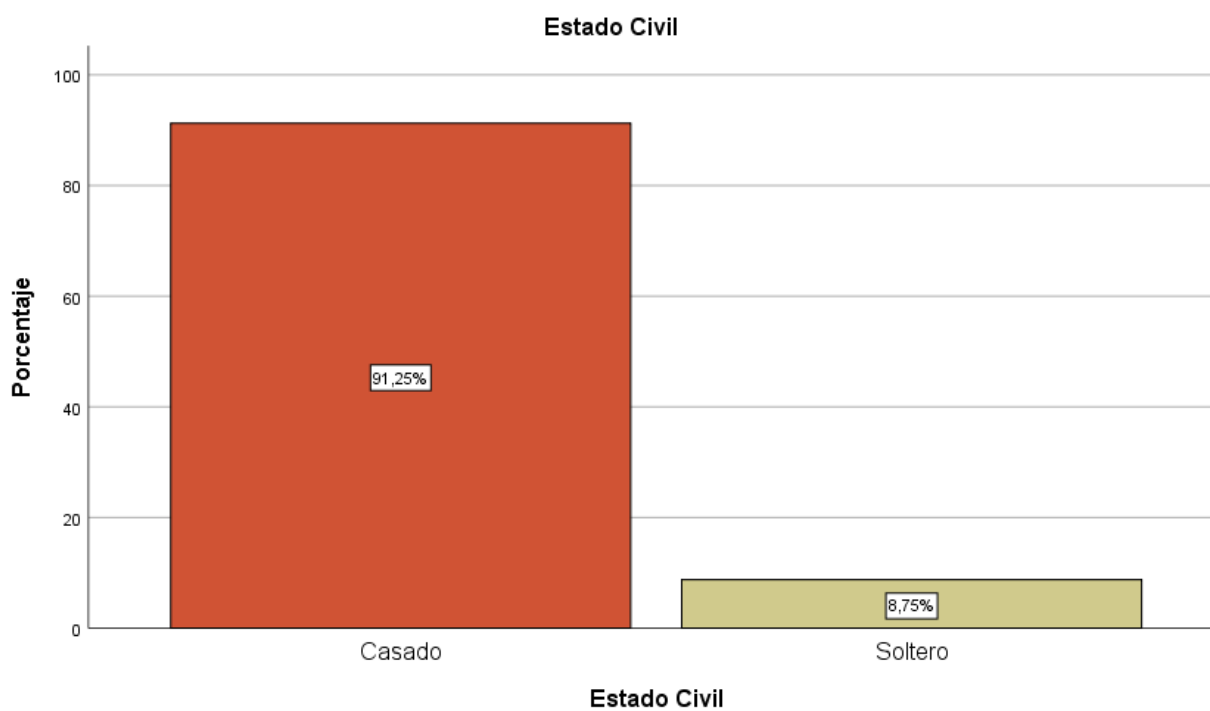


TABLA N°18

NIVEL DE INSTRUCCIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

		Grado de Instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeto	1	,6	,6	,6
	Alfabeto	159	99,4	99,4	100,0
	Total	160	100,0	100,0	

CUADRO N°18

NIVEL DE INSTRUCCIÓN COMO FACTOR DE RIESGO PARA MUERTE FETAL

