



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ÓBITO FETAL EN
GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO 2013 - 2018**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

BACHILLER: ANAIZ CICILONIA SALAS PAREDES

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD, BIENESTAR, BIOTECNOLOGÍA Y BIOÉTICA**

ASESORA: Mg. IRMA CHARITO BARRETO MACHACUAY

PUCALLPA, PERÚ

JULIO 2020

Dedicado a:

Las adolescentes y su familia, para que continúen contribuyendo con su compromiso consciente en la prevención del embarazo en la adolescencia, al tener en cuenta los riesgos de mortalidad que produce el embarazo en la adolescente y en su hijo por nacer, quedándose ambos sin oportunidad de ejercer sus derechos para su desarrollo personal y el de la sociedad.

Agradezco a:

Dios, a mis padres, a mi esposo y mi hijo por darme todo el amor, apoyo y motivación para cumplir con mis anhelos, en especial el de ser profesional de Obstetricia para contribuir con responsabilidad y esmero a la salud sexual y reproductiva de las mujeres su familia y comunidad, en todas las etapas de vida.

Reconocimiento a:

Todos mis docentes de la Escuela de Obstetricia, por transmitirme sus conocimientos y ejemplo de perseverancia, en especial a la Obstetra Irma Charito Barreto machacuai para la realización de mi Tesis y conocer la importancia de la investigación científica en la práctica profesional.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RECONOCIMIENTO	IV
RESUMEN	VI
ABSTRACT.....	VIII
INTRODUCCION	IX
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....	5
1.4. OBJETIVOS	5
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	6
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2. BASES TEÓRICAS.....	11
CAPÍTULO III.....	23
HIPÓTESIS Y VARIABLES	23
3.1. HIPOTESIS PRINCIPAL Y ESPECIFICAS.....	23
3.2. VARIABLES	23
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
CAPITULO IV	26
METODOLOGÍA	26
4.1. DISEÑO METODOLÓGICO	26
4.2. DISEÑO MUESTRAL	27
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
4.4. TÉCNICAS ESTADISTICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	29
4.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
CAPITULO V.....	31
RESULTADOS.....	31
5.1. Análisis Descriptivo	31
5.2. Análisis Inferencial.....	42
5.3. Discusión de resultados	52
CONCLUSIONES	55

RECOMENDACIONES.....	57
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	58
ANEXOS.....	67

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar los factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes. **Material y métodos:** Se realizó en 76 gestantes adolescentes que tuvieron óbito fetal y 76 adolescentes con nacido vivo, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa entre los años 2013 al 2018 en un estudio de corte transversal, retrospectivo de casos y controles, con el método de asociación de OR, con intervalo de confianza de 95% y valor de significancia $p < 0.05$. Las **conclusiones** a las que se llegó son: Los factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes, son los factores sociodemográficos como grado de instrucción Primaria con OR: 80, IC: 79.97 – 80.37, $p = 0.003$, Secundaria Incompleta con OR: 3.14, IC: 3.02 – 3.27 y $p = 0.036$, estado civil soltera con OR: 2.51, IC: 2.43 – 2.60, $p = 0.034$ y procedencia de zona rural con OR: 3.98, IC: 3.90 – 4.06, $p = 0.004$, a partir de las 28 semanas de gestación; y los antecedentes gineco obstétricos que se constituyen en factores de riesgo fueron: tener patología antes de las 28 semanas de embarazo con OR: 31.00, IC: 30.91 – 31.09, $p = 0.001$, periodo intergenésico menor de 2 años, se asocia a óbito fetal después de las 28 semanas con OR: 4.38, IC: 4.26 – 4.49, $p = 0.025$; el no tener control prenatal con OR: 10.37, IC: 10.18 – 10.56, $p = 0.001$, así como el solo tener entre 1 a 5 controles prenatales con OR: 3.87, IC: 3.78 – 3.97, $p = 0.002$, son factores de riesgo de óbito fetal después de las 28 semanas del embarazo; la edad gestacional antes de 28 semanas al momento del parto es factor de riesgo para óbito fetal con OR: 68.91, IC 95%: 68.75 – 69.07, $p = 0.0000$ y entre las 28 y 36 semanas con OR: 21.72, IC 95%: 21.64 – 21.80, $p = 0.0000$.

Palabras clave: Óbito fetal, gestantes adolescentes, factor de riesgo

ABSTRACT

The present study was carried out with the **objective** of determining the risk factors associated with fetal death in pregnant adolescents. **Material and methods:** It was performed in 76 adolescent pregnant women who had a fetal death and 76 adolescents with live births, attended at the Regional Hospital of Pucallpa between 2013 and 2018 in a cross-sectional, retrospective study of cases and controls, with the method of association of OR, with 95% confidence interval and significance value $p < 0.05$. The **conclusions** reached were: The risk factors associated with fetal death in pregnant adolescents, are the sociodemographic factors such as primary education level with OR: 80, CI: 79.97 - 80.37, $p = 0.003$, Incomplete Secondary with OR: 3.14, CI: 3.02 - 3.27 and $p = 0.036$, single marital status with OR: 2.51, CI 2.43 - 2.60, $p = 0.034$ and origin from rural areas with OR: 3.98, CI: 3.90 - 4.06, $p = 0.004$, from 28 weeks of gestation; and the obstetric gynecological history that constitutes risk factors such as: having pathology before 28 weeks of pregnancy with OR: 31.00, CI: 30.91 - 31.09, $p = 0.001$, intergenetic period less than 2 years, is associated to stillbirth after 28 weeks with OR: 4.38, CI: 4.26 - 4.49, $p = 0.025$; not having prenatal control with OR: 10.37, CI: 10.18 - 10.56, $p = 0.001$, as well as only having between 1 to 5 prenatal controls with OR: 3.87, CI: 3.78 - 3.97, $p = 0.002$, they are risk factors for stillbirth after 28 weeks of pregnancy; Gestational age before 28 weeks at delivery is a risk factor for stillbirth with OR: 68.91, CI: 68.75 - 69.07, $p = 0.0000$ and between 28 and 36 weeks with OR: 21.72, CI: 21.64 - 21.80, $p = 0.0000$.

Key words: Fetal death, adolescent pregnant women, risk factor

INTRODUCCION

Óbito fetal es el individuo que fallece durante la vida fetal, también se define como la muerte intrauterina, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos, que se evidencia finalmente, cuando el producto gestacional, después del parto, no da ninguna señal de vida¹.

A nivel mundial ocurren 2,6 millones de muertes fetales al año, o también 7,300 muertes fetales al día; de estos, el 98% ocurre en los países en desarrollo, por lo que es más frecuente en gestantes de bajo nivel socio-económico, y de estos, más de la mitad de los casos ocurre antes del trabajo de parto².

Según vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal en el Perú, hasta la semana epidemiológica 14 del año 2019, se notificaron 721 defunciones fetales, lo que estaría significando una tasa de 157 muertes fetales por cada 1,000 nacidos (4,582 partos hasta la SE14 del año 2019), de todos modos, comparado con el mismo periodo del año 2018, existe una disminución de muertes fetales de 25%⁵. No se precisan estadísticas de óbito fetal en gestantes adolescentes, estos se encuentran en las estadísticas en forma general, y tampoco se asocia con la edad adolescente, ya que es conocido que la gestante adolescente presenta mayor riesgo en todo aspecto si se compara con las gestantes entre 20 a 34 años, así mismo se considera a las patologías del embarazo en la adolescente, como causas directas de óbito fetal, por lo que tampoco se asociarán los factores patológicos específicos del embarazo en las adolescentes con óbito fetal, pero en el presente estudio, más bien se determinó si las patologías del embarazo se asocian significativamente con el óbito fetal antes o después de las 28 semanas de gestación³.

La muerte de un bebé antes de nacer es de gran impacto para la familia y la madre gestante como una situación devastadora, más aún en el tercer trimestre del embarazo, ya que en muchos casos puede que el embarazo vaya siendo más aceptado que al inicio del embarazo. Por lo que en específico en el presente

estudio se ve la máxima consecuencia negativa del producto gestacional de la gestante adolescente, como es el caso de la muerte fetal, que se adiciona al grave problema de la mortalidad materna del que también forman parte las madres adolescentes. La mortalidad fetal que forma parte de la mortalidad perinatal, se constituye de los nacidos muertos de 500 gr, de 22 semanas a más, son un indicador muy importante de salud en el Perú, pero el problema del sub registro de los casos, y sobre todo cuando más tempranamente ocurre la muerte fetal, o la falta del informe de causa de la muerte intrauterina imposibilitan en muchos casos hacer la evaluación de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP), que incluye la mortalidad temprana o prematura de los individuos, y que nos indica cuantos años de vida productiva económica se pierden a raíz de una muerte temprana por cada 1000 habitantes, lo que puede ser una de las razones de la pobreza en la región Ucayali y en el Perú.

El presente estudio se desarrolló en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, con la finalidad de definir qué factores de riesgo como los sociodemográficos y gineco obstétricos son los que se encuentran asociados en forma significativa al óbito fetal, para así poder incidir mayormente en dichos factores, desde el primer y segundo nivel de atención en salud para la prevención del embarazo en la adolescencia y por lo tanto en la prevención de las muertes fetales. Dando como resultado entre los factores de riesgo sociodemográficos para óbito fetal a los grados de instrucción primaria y secundaria incompleta, ser madre soltera y proceder de zona rural, y entre los antecedentes de riesgo gineco obstétricos para óbito fetal fueron: tener patología en el embarazo, periodo intergenésico menor de 2 años, el no tener control prenatal o tener entre 1 a 5 controles, el parto antes de las 37 semanas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El óbito fetal se refiere al individuo que fallece durante la vida fetal, también se define como muerte intrauterina, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos. La muerte fetal se evidencia finalmente, en el hecho que después del parto, el producto gestacional 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 voluntaria¹.

A nivel mundial ocurren 2,6 millones de casos al año, es decir, 7,300 muertes fetales al día; y el 98% ocurre en los países en desarrollo, por lo que es más frecuente en gestantes de bajo nivel socio-económico, y de estos, más de la mitad de los casos ocurre antes del trabajo de parto ².

Según vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal en el Perú, hasta la semana epidemiológica 14 del año 2019, se notificaron 721 defunciones fetales, lo que estaría significando una tasa de 157 muertes fetales por cada 1,000 nacidos (4,582 partos hasta la SE14 del año 2019), de todos modos, comparado con el mismo periodo del año 2018, existe una disminución de muertes fetales de 25% ³.

En el Perú, según algunos estudios de investigación sobre muerte fetal, como es el caso de la Universidad Peruana Cayetano Heredia reporto una incidencia de 192 nacidos muertos de un total de 8,309 partos, con una tasa de muerte fetal de 23,1 por 1,000 nacidos ⁴.

Según el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal, hasta la semana epidemiológica 52 del año 2016, la DIRIS Lima Norte, notificó 143 defunciones fetales de un total de 12,444 partos, con una tasa de muertes fetales de 11,5 por 1,000 nacidos ⁵.

No se precisan estadísticas de óbito fetal en gestantes adolescentes, estos se encuentran en las estadísticas en forma general, y tampoco se asocia con la edad adolescente, ya que es conocido que la gestante adolescente presenta mayor riesgo en todo aspecto si se compara con las gestantes entre 20 a 34 años, así mismo se considera a las patologías del embarazo en la adolescente, como causas de óbito fetal, por lo que en el presente estudio tampoco se asociarán los factores patológicos específicos del embarazo en las adolescentes con óbito fetal, pero si se evaluó la asociación de la existencia o no de patología con el óbito fetal antes y después de las 28 semanas de gestación.

Aunque la muerte fetal se podría considerar como un indicador del acceso a la atención de salud y de la calidad de la atención en salud, para la metodología del presente estudio no se pudo obtener la asociación del tipo de establecimiento donde se dio la atención prenatal con el óbito fetal debido a subregistro de casos, pero se puede evidenciar que la madre gestante adolescente, por todos los factores de riesgo que tiene por su etapa de vida, se encontrará inmersa siempre en el alto riesgo obstétrico. También es conocido que la muerte fetal intraparto es un indicador más sensible de la demora y baja calidad de la atención; refleja la escasez de la monitorización del trabajo de parto y retraso en la atención del parto de un feto comprometido. Lo óptimo es que se mantenga por debajo del 10 % y no de 15% como ocurre hasta la SE 14 ³.

Entre las características de los óbitos fetales, en general, se tiene que: 8 de cada 10 defunciones fetales ocurren en el último trimestre de la gestación; 13 de cada 100 defunciones fetales ocurren durante el trabajo de parto. La hipoxia intrauterina es la primera causa de defunción fetal con 17%. Las enfermedades maternas crónicas, como hipertensión y diabetes, están consideradas como causa de muerte en 14 de cada 100 defunciones fetales notificadas, mientras que, por complicaciones maternas del embarazo, como ruptura prematura de membranas, es de 4 de cada 100 defunciones fetales. El porcentaje de defunciones fetales por causa no especificada notificadas al sistema de vigilancia es de 34% ⁶.

Así también es necesario tener en cuenta que la muerte del bebé antes de nacer, constituye un evento devastador para la familia, más aún para la madre. Aún si la madre es adolescente, en muchos casos, la llegada de un bebé durante el avance del embarazo va teniendo la aceptación de más miembros de la familia y deja de ser un embarazo no deseado como lo fue al inicio del embarazo.

El embarazo en la adolescencia constituye un problema de salud pública en la región Ucayali y a nivel nacional, según el INEI en el año 2018, en Ucayali representa el 20.2% y a nivel nacional el 12.6%, a pesar de notarse disminución desde los años 2015 y 2016 con 26.2% y 26.7% respectivamente⁷, este problema que se ha venido tomando en cuenta desde hace más de 2 décadas, al menos en las regiones de la selva, para múltiples actividades de prevención, pero que finalmente no han contribuido en su disminución. Al problema del embarazo en adolescentes se suma el incremento del riesgo de la madre gestante adolescente a formar parte de las estadísticas de mortalidad materna, ya que en los últimos 5 años y hasta la semana 42 del año 2019, se ha evidenciado que, del total de muertes maternas, el 15% lo constituyen adolescentes, es decir 13 de 81 fueron madres adolescentes ⁸.

La mortalidad perinatal, que incluye a la mortalidad fetal o nacidos muertos de 500 gr, de 22 semanas en adelante, constituye un indicador universal tanto de condiciones de vida y desarrollo humano, como el de calidad de atención y el acceso a servicios de salud ⁹. En el Perú, al parecer también es necesario tener en cuenta que, existe un subregistro de los casos, mientras más tempranamente ocurre la muerte fetal, y en otros casos no existe el informe de causa de la muerte intrauterina. Este tema está relacionado con los años de vida potencialmente perdidos (AVPP)¹⁰, que mide la muerte o mortalidad temprana o prematura de los individuos, nos indica cuantos años de vida productiva económica se pierden a consecuencia de una muerte temprana y es más útil cuando se la toma como razón de AVPP, que nos dice cuántos años se perdieron en 1000 habitantes. En el año 2000 en el Perú esta Razón era de 157.9; es decir que por cada 1000 habitantes en el Perú se habían perdido aproximadamente 158 años de vida y en estos se encuentran incluso años de productividad de cada individuo. En las regiones de Loreto y Ucayali la razón de AVPP eran entre 160.30 – 209.66, es decir se había perdido entre 160 y 210 años de vida por cada 1000 habitantes, incluidos años de productividad¹¹. Es por esta razón que, incluyendo a las muertes de los bebés durante la vida fetal, de las madres gestantes adolescentes, el alto índice de mortalidad en todas las etapas hasta antes de la edad promedio de esperanza de vida al nacer, es un indicador de pobreza y mucho podría aportar un estudio sobre factores sociodemográficos, características físicas y antecedentes gineco obstétricos asociados para incluso evitar las muertes fetales y los embarazos aún no deseados.

Con el objetivo de identificar cuáles son los factores de riesgo, específicos de la gestante adolescente, que se asocian con la muerte de su bebé durante el embarazo, a partir de las 22 semanas de gestación, se plantea el presente estudio, teniendo en cuenta que, durante el periodo 2013 - 2018, en el Hospital Regional de Pucallpa se atendieron 76 casos de óbito fetal, de un

total de 836 partos en mujeres adolescentes, es decir 9.1% de incidencia de óbito fetal solo en el caso de gestantes adolescentes. El estudio de asociación de factores de riesgo para óbito fetal en gestantes adolescentes, requerirá de la comparación con nacidos vivos de madres gestantes adolescentes. Los resultados del estudio serán de gran importancia para la red referencial de salud y para la región Ucayali ya que podrían justificar estrategias específicas para incrementar el acceso a la atención de salud, de las madres gestantes adolescentes y en general, e incluso fortalecer las actividades de prevención de los embarazos en la etapa adolescente.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a óbito fetal, en gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013 – 2018?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Los factores sociodemográficos son factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes?
- ¿Los antecedentes Gineco-obstétricos son factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes?

1.3. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realizará en forma retrospectiva, con los registros de las historias clínicas y datos ingresados al SIP 2000 durante el periodo 2013 al

2018, de las gestantes adolescentes con casos de óbito fetal, atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, ubicado actualmente y desde el año 2017 en el local del Hospital Amazónico en Jr. Aguaytía N° 608, en el distrito de Yarinacocha, hasta que culmine la construcción del nuevo Hospital Regional de Pucallpa en Jr. Agustín Cauper N° 285 en el Distrito de Callería de la Provincia de Coronel Portillo en la región Ucayali.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013 – 2018.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los factores sociodemográficos que constituyen factores de riesgo, asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes.
- Determinar los antecedentes gineco-obstétricos que constituyen factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Justificación Teórica, practica, metodológica y social

Justificación teórica El presente estudio es netamente de Obstetricia, que brindará un análisis de información con datos revisados y verificados desde el SIP 2000 y de las historias clínicas, aplicando un método poco frecuente en nuestro medio, pero que contribuirá con innovación en el proceso de investigación en Obstetricia, rama muy importante de la Medicina, que requiere de practicidad en el desarrollo de la investigación contribuyendo con la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Justificación social La mortalidad perinatal, que incluye a la mortalidad fetal o nacidos muertos con peso de 500 gr o más, de 22 semanas en adelante, constituye un indicador universal tanto de condiciones de vida y desarrollo humano, como el de calidad de atención y el acceso a servicios de salud⁹.

Justificación metodológica En la región Ucayali y a nivel nacional, es necesario tener en cuenta que, existe un sub registro de óbitos fetales, mientras más tempranamente ocurre la muerte fetal, y en otros casos no existe el informe de causa de la muerte intrauterina y es probable que hasta se consideren como abortos.

Justificación practica el alto índice de mortalidad en todas las etapas hasta antes de la edad promedio de esperanza de vida al nacer, es un indicador de pobreza y mucho podría aportar un estudio sobre factores sociodemográficos, características físicas y antecedentes gineco obstétricos asociados para incluso evitar las muertes fetales y los embarazos aún no deseados, en la etapa de vida adolescentes.

1.5.2. Importancia de la investigación

La importancia de la presente investigación radica en identificar los factores de riesgo más frecuentemente asociados y en forma significativa a óbito fetal en las gestantes adolescentes que se atendieron en el Hospital Regional de Pucallpa, desde el año 2013 hasta el 2018.

Generalmente se realizan investigaciones sobre los factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes. Existen numerosos estudios nacionales e internacionales sobre cuáles son los factores que mayormente se asocian a los riesgos de enfermar o morir que tienen tanto la madre como su hijo, donde se incluye a las gestantes adolescentes, pero son pocos los estudios que se realizan específicamente en las gestantes adolescentes sobre los factores de ellas que se asocian o relacionen más frecuentemente con la muerte fetal.

El registro de casos de pacientes adolescentes del servicio de Gineco Obstetricia, desde el año 2013, permitiría la investigación mediante la metodología de casos y controles, diseño poco frecuente en la localidad, pero muy necesario en el ámbito de obstetricia, que contribuirá con la recomendación de actividades específicas para el cuidado de las gestantes adolescentes y preventivas en adolescentes escolares para concientizarlas con respecto a los riesgos para sus futuros bebés, para las gestantes adolescentes y la sociedad entera.

1.5.3. Viabilidad de la investigación

La información sobre los casos de óbito fetal, está registrada en las historias clínicas de las pacientes adolescentes, que se encuentran en el archivo físico y bajo custodia en el servicio de Estadística e Informática y en el SIP 2000, programa estadístico del servicio de Obstetricia, del Hospital Regional de

Pucallpa; así también se mantiene el acceso a la información y el tiempo necesario para la ejecución de la investigación; el apoyo de los docentes de obstetricia que laboran en el servicio, y de las autoridades del Hospital Regional de Pucallpa por la vigencia del Convenio de Cooperación Institucional que se mantiene con la Universidad.

1.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio de investigación, no tiene limitantes debido a que se ha planteado con el tiempo adicional, verificando la existencia de la información y el acceso a la misma.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Nacionales

Rodríguez K.¹², (2018) , con el **objetivo** de determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa 2013-2018, **materiales y métodos**, realizó una investigación de tipo cuantitativo descriptivo de los factores que se asocian a la mortalidad fetal, en una muestra no probabilística por conveniencia, se tomó toda la población las 179 gestantes que presentaron muerte fetal revisando y recogiendo los datos de la fuente primaria historias clínicas siendo este evento adverso el criterio de inclusión y exclusión. **Resultados:** El 71,1% realiza controles prenatales menores a 6, y el 28,9% realizo los controles en forma incompleta. La edad de la mujer dentro de 31 – 38 años fue de mayor resultado con 29,05%, los factores obstétricos como paridad dentro de las multíparas con 48,60% y el periodo intergenésico largo con 31,84% de los casos estudiados. **Conclusiones:** se obtuvo que el principal factor fue un déficit de control prenatal, en conjunto con el grado de instrucción de la gestante, con los factores obstétricos de paridad y periodo intergenésico largo.

Cárdenas E. ¹³, (2018), realizó un estudio con el **objetivo** de determinar los factores de riesgo asociados a muertes fetales intrauterinas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Iquitos. **Método:** Estudio transversal, retrospectivo, analítico y observacional, tipo casos y controles. La muestra fue conformada por todos los casos de muerte fetal intrauterina en gestantes adolescentes más los controles que se tomaran en una relación de ½ para los casos y controles respectivamente. **Resultados:** se encontró 37 casos de muerte intrauterina, la mayoría entre semana 28 y 30, con las edades más frecuentes entre los 17 a 19 años de edad, la mayoría, la mayoría provenía de zonas urbano-marginales y la ocupación más frecuente fue ama de casa, casi todas culminaron la primaria. Pero de todas ellas con confiabilidad 95% $p < 0.05$, solo se demostró que la ocupación: ama de casa (OR 1,2), IMC: sobrepeso (OR 2,35), CPN inadecuados (OR 3.67) y PI corto (OR 1.5) son factores de riesgo asociados a muerte fetal intrauterina, si bien las otras variables están asociados a la muerte fetal intrauterino en la muestra de estudio, pero en el modelo de análisis multivariado no mostraron ser factores de riesgo por lo que podrían ser variables intervinientes en el presente estudio.

Gudiel L, ¹⁴ (2018) realizo un trabajo titulado Factores asociados a muerte fetal intrauterina en pacientes del Hospital Antonio Lorena, Cusco **Objetivo** determinar los factores asociados a la ocurrencia de muerte fetal intrauterina en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018. **Método:** Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, transversal. Se tomó una muestra de 110 pacientes de la población de gestantes cuyo parto fue atendido en el hospital Antonio Lorena del Cusco en el año 2018. La fuente de información fueron las historias clínicas de dichas pacientes. Utilizando el programa estadístico SPSS 22.0, se calculó el chi cuadrado, el OR con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** La prevalencia de muerte fetal intrauterina en 13,8/1000 nacimientos. El 75% de las muertes fetales se

dieron en la etapa fetal tardía $p=0,000$; $OR=3,333$; $IC= [2,471; 4,497]$, se identificaron como factores de riesgo; edad materna mayor de 35 años $p=0,015$; $OR=3,857$; $IC=[1,373;10,826]$. grado de instrucción menor de 6 años $p=0,008$; $OR=3,273$; $IC=[1,392;7,695]$, número de controles prenatales menor de 6 $p=0,000$; $OR=12,917$; $IC=[4,869;34,267]$, antecedente de óbito fetal $p=0.011$; $OR=7,212$; $IC= [1,414; 36,636]$, antecedente de consumo de alcohol $p=0,000$; $R=3,333$; $IC=[2,471;4,497]$, poli hidramnios $p=0,046$; $OR= 2,892$; $IC=[2,228;3,753]$ y Desprendimiento de placenta normo inserta $p=0,005$; $OR=3,000$; $IC=[2,289;3,3932]$. Conclusiones: los factores de riesgo en la población estudiada son: edad materna mayor de 35 años, grado de instrucción menor de 6 años, número de controles prenatales menor de 6, antecedente de óbito fetal, antecedente de consumo de alcohol, poli hidramnios y desprendimiento de placenta normo inserta.

2.1.2. Internacionales

Tinedo M, y col.¹⁵, Venezuela 2016, realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, para poder determinar, las características epidemiológicas de las muertes fetales en la Maternidad Dr. José Luis Facchin de Boni, Venezuela, en una población fue 1236 gestantes con diagnóstico de muerte fetal, determinando una tasa de 56,28 muertes fetales por cada 1000 nacimientos. La mayoría de dichas muertes fetales (85,03%) ocurrieron por debajo de las 37 semanas, con predominio del sexo masculino. Factores médicos como el síndrome anémico, Obstétricos como las malformaciones fetales y las complicaciones hemorrágicas fueron los más frecuentes en los casos de muerte fetal. Otro hallazgo importante fue que, el peso de los fetos muertos fue menor que el peso de los nacidos vivos de la misma edad gestacional.

Sauceda H,L,S¹⁶ Honduras (2016), en su trabajo titulado Factores Causales Asociados a Óbito Fetal Tardío Extra hospitalario que tuvo como objetivo Determinar los factores causales asociados a óbito fetal tardío extra

hospitalario en pacientes atendidas en sala de labor y parto del hospital Dr. Mario Catarino Rivas en la ciudad de San Pedro Sula, durante el periodo comprendido entre último trimestre de 2015 y el primer semestre de 2016 se realizó un estudio explicativo transversal en el que se incluyó a 186 mujeres atendidas en sala de labor y parto del hospital Dr. Mario Catarino Rivas entre el último trimestre del 2015 y el primer semestre del 2016, se dividió y comparo en dos grupos cada uno de 93 pacientes uno con óbito fetal tardío y otro que obtuvieron recién nacido vivo. Se encontró que existe una relación causa-efecto entre los factores causales: diabetes gestacional, eclampsia, alteraciones de la función renal, gestación múltiple, malformación fetal y oligohidramnios con la muerte fetal tardía basados en: el valor de $P < \alpha$ (0.05), X^2 observado $> X^2$ esperado (3.84) y un OR > 1 , respaldado con un IC al 95% que no incluye la unidad lo que confirma que los eventos antes mencionados son verdaderos factores de riesgo asociados a la muerte fetal tardía. Por lo cual se rechaza la H_0 , entre ellos el factor causal que presenta mayor fuerza de asociación con muerte fetal tardía es el oligohidramnios porque según el OR (6.4) una paciente con oligohidramnios tiene 6 veces más el riesgo de presentar muerte fetal tardía.

Vivas M y Col. ¹⁷, 2016 Colombia, su estudio tuvo el objetivo de analizar la prevalencia de mortalidad fetal en madres en adolescencia temprana (10-14 años), tardía (15-19 años) y adultas (20-34 años), durante el período 2014-2016, en el Departamento Norte de Santander, Colombia, atendiendo a los factores: tiempo de gestación, peso fetal, parto, causas básicas, zona de residencia y nivel educativo de las madres. Método: El estudio fue de tipo retrospectivo, correlacional, analítico-comparativo. Resultados: La prevalencia de mortalidad fetal para los tres años consecutivos 2014-2016, fue de 10.0 por cada 1000 nacidos vivos en madres en adolescencia temprana, de 19.2 en madres en adolescencia tardía y de 18.6 en madres adultas. La prevalencia de mortalidad fetal por gestación en menos de 22 semanas fue mayor en madres adultas, antes del parto y durante el parto (χ^2 al cuadrado =

32.023; $p = 0.021$), que existe leve relación negativa entre la edad de madre y el peso del feto ($\gamma = -0.186$; $p = 0.014$). La prevalencia de muerte fetal fue mayor en madres adultas residentes en zona urbana ($\chi^2 = 80.18$; $p = 0.000$), en madres con nivel educativo de básica primaria, secundaria y media profesional ($\chi^2 = 105.56$; $p = 0.000$) y mayor en madres adultas por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento.

2.2. BASES TEÓRICAS

- **FACTOR DE RIESGO**

En epidemiología, el factor de riesgo, es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades que tiene una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema que afecte a su salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas que no estén expuestas a este factor. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, es sólo que están asociadas con el evento. Son una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad ¹⁸.

- **MUERTE FETAL**

Es la ausencia de cualquier signo de vida con anterioridad a la expulsión completa del producto de la gestación, independiente de la duración de la gestación. Según esta definición, adoptada por la OMS, el producto de la gestación se llama embrión antes de las 12 semanas y desde las 12 semanas en adelante se llama feto ¹⁹.

La muerte fetal se divide en:

Muerte fetal temprana: es la muerte del feto con menos de 500 gr o menos de 22 semanas de gestación. Esta situación corresponde a un Aborto ¹⁹.

Muerte fetal intermedia: es la muerte fetal desde las 22 semanas de gestación hasta antes de 28 semanas ¹⁹.

Muerte fetal tardía: es la muerte del feto desde las 28 semanas y/o 1000 gramos de peso ¹⁹.

- **SIGNO DE ÓBITO FETAL**

Cuando la madre no siente los movimientos de su bebé en su interior, es la principal alarma y el momento en que la madre gestante deberá practicarse de inmediato una ecografía para confirmar o desestimar la situación, ya que la misma es la manera más específica de confirmar y diagnosticar el óbito fetal ²⁰.

LA ADOLESCENCIA Y EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

- **ADOLESCENCIA**

La adolescencia es una etapa de transformación del ser humano niño hasta convertirse en un ser humano adulto. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, en conjugación con su entorno ²¹.

La adolescencia se inicia en la pubertad, a una edad específica de cada individuo a raíz de las modificaciones hormonales. Ocurre una serie fundamental de cambios tanto psicológicos como físicos evidentes, como el crecimiento en altura, aumento de peso y de grasa corporal, la evolución de la dentición y el desarrollo de los músculos. Para una mejor distribución de los procesos físicos y emocionales de la adolescencia, se divide en 3 etapas: Adolescencia Temprana de 10 a 13 años, Intermedia de 14 a 16 años y Tardía de 17 a 19 años ²¹.

- **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

El embarazo en la adolescencia es un problema habitual en África subsahariana y en países de América Latina y del Caribe. En la mayoría de los casos de embarazo adolescente son no planificados. Estos embarazos se caracterizan porque tienen un riesgo mayor para la madre y para el bebé que los embarazos de mujeres mayores de 20 años ²².

El embarazo adolescente o precoz, incrementa el riesgo de aborto espontáneo o nacimiento prematuro del bebé. En muchos de los casos se produce mediante situaciones de violencia física, psicológica o sexual. Cuando una adolescente se queda embarazada se generan complicaciones psicológicas, sociales y familiares que repercuten negativamente en su desarrollo escolar ²².

- **CONSECUENCIAS EN LOS BEBÉS DE GESTANTES ADOLESCENTES**

Los bebés de madres adolescentes tienen más probabilidades de nacer muertos, prematuros o con bajo peso y corren mayor riesgo de morir en la infancia, debido a la corta edad de la madre. Este riesgo se agrava por la falta de acceso a la información y a servicios de salud sexual y reproductiva integrales ²².

- **EL EMBARAZO NO DESEADO Y LAS ENFERMEDADES DEL SER HUMANO DESDE ANTES DE NACER**

Las enfermedades en el ser humano se pueden producir desde antes de nacer, en la vida embrionaria o fetal, y se manifiestan como restricción del crecimiento fetal, nacimiento prematuro, alteraciones anatómicas y funcionales de diferentes sistemas del organismo y la muerte fetal. Es por ello que, se asume que la mayor parte de la teratogénesis humana es producida por la conducta del mismo ser humano ²³.

- **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, PONE EN RIESGO LA SALUD DE LA MADRE Y DEL BEBÉ.**

En la adolescencia, la gran mayoría de mujeres, una vez que aparece la menstruación, puede quedar embarazada, pero ni su cuerpo, ni su mente están preparados para llevar un hijo en el vientre ²⁴.

En ese periodo de la adolescencia, ni la pelvis, ni los huesos han terminado de desarrollarse, por lo que es difícil sostener el peso del feto por nueve meses. A lo que se agregan y en forma más severas, las infecciones urinarias, imposibilidad del parto vaginal, anemia, e hipertensión arterial. Así también, los hijos de las madres adolescentes se exponen a nacer prematuros, con bajo peso, con malformaciones e incluso morir antes de nacer por problemas de hipertensión arterial en ella ²⁴.

Si la madre tiene menos de 15 años, el bebé tiene 3 veces más riesgo de morir en el primer año de vida. En Latinoamérica el 4,7% de las gestantes adolescentes presentaron hipertensión arterial, el 4,3% tuvo infecciones urinarias, el 10,5% de los bebés nació prematuro, el 10,2% tuvo bajo peso, y el 15,7% murió antes de cumplir su primer año de vida ²⁴.

El cuerpo de las adolescentes no es igual que el de una mujer de 25 o 30 años de edad, que ya terminó de crecer, por lo que la adolescente tiene mayores peligros; y mientras más jóvenes son las madres, mayor es el peligro. El bebé de todos modos, consume los nutrientes que necesita, y esto deja a la madre adolescente con menos nutrientes y por ello, debe recibir atención nutricional estrictamente ²⁴.

Muchas madres adolescentes inician el control prenatal en forma tardía, poniendo en riesgo su salud y la de su bebé, ya que no consumen ácido fólico ni sulfato ferroso para prevenir espina bífida y anemia. Luego del parto tienen problemas para la lactancia materna ²⁴.

FACTORES DE RIESGO PARA ÓBITO FETAL EN LA GESTANTE ADOLESCENTE

La muerte fetal es una situación tristemente desconcertante para la madre y sus familiares, así también para los profesionales de salud y en específico en el campo de la salud sexual y reproductiva, por lo que se ha profundizado en los factores causales contemplados en diversos estudios ²⁵.

Es necesario tener en cuenta que en los países desarrollados la muerte fetal es en menor proporción por cada 100 nacidos vivos, mientras que en países en desarrollo como el Perú la proporción es mayor, por lo que es una situación preocupante que señalaría el avance en estrategias de prevención de la muerte fetal y materna ²⁵.

Al momento de precisar la muerte fetal es muy delicado el cálculo de la edad en la que se produce, debido a que en primer lugar se toma en cuenta que si ocurre antes de las 20 semanas de gestación o con el peso menor de 500 gr se habla de un aborto. Por lo que las medidas preventivas deben incidir teniéndose en cuenta la edad gestacional precisando cuidados específicos en cada control prenatal, educando a la madre en sus cuidados e interacciones con su bebé antes de nacer ²⁵.

Para encontrar la o las causas de la muerte antes de nacer, es necesario hacer el análisis de factores que pueden estar asociados a la madre, al feto y/o a la placenta ²⁵.

CAUSAS DE MUERTE FETAL ATRIBUIDAS A LA MADRE

Es probable que las siguientes afecciones o complicaciones obstétricas sean causales de la muerte fetal después de las 20 semanas de gestación:

1. Embarazo prolongado (de más de 42 semanas): a este factor se suman la calcificación de la placenta, la disminución de la perfusión placentaria ²⁵.
2. Enfermedades crónicas de la madre como la diabetes mellitus (no controlada), lupus eritematoso, hipertensión arterial o algún problema sanguíneo con formación de coágulos que contribuyen a un pobre crecimiento del bebé y al desprendimiento de la placenta; que no hayan sido detectados por falta de control prenatal ²⁵.
3. Infecciones que puede adquirir la madre durante el embarazo, como infección del tracto urinario, de transmisión sexual u otras como rubeola, toxoplasmosis, etc. ²⁵.
4. Preeclampsia y eclampsia: que pueden reducir el flujo de sangre hacia el bebé. Además, estas complicaciones se asocian con el desprendimiento de placenta ²⁵.
5. Edad materna muy precoz (adolescencia) o avanzada (a partir de 35 años) ²⁵.
6. La posición de presentación del bebé al momento del parto, que puede estar atribuida a alguna condición física de la madre ²⁵.
7. Incompatibilidad Rh (el Rh de la sangre materna es diferente del Rh del bebé) ²⁵.
8. Ruptura uterina, atribuida a trauma obstétrico ²⁵.
9. Hipotensión sanguínea severa de la madre que puede darse a consecuencia de una hemorragia ²⁵.

10. Muerte materna ²⁵.

CAUSAS DE MUERTE FETAL ATRIBUIDAS AL FETO

Existen complicaciones durante el desarrollo fetal que podrían estar asociadas a la muerte intrauterina:

1. La gestación múltiple de dos o más bebés, que está netamente asociado a la prematuridad ²⁵.
2. El Retardo del Crecimiento Intra Uterino RCIU, que significa que los bebés crecen muy lentamente lo que les ocasiona un incremento de riesgo de morir durante el embarazo ²⁵.
3. Anomalías congénitas o genéticas, referidas a defecto físico o genético en el bebé que generalmente se manifiestan en malformaciones múltiples que pueden ser por causa genética, del medio ambiente o desconocida, lo cual debería abordarse por un especialista en genética que pueda investigar las causas ²⁵.
4. Entre el 5 y el 10 por ciento de los bebés nacidos sin vida tienen anomalías relacionadas con sus cromosomas, que son las estructuras que contienen el material genético que determina las características físicas. Estas causas se encuentran con mayor frecuencia asociadas a las pérdidas antes de las 20 semanas de embarazo, aunque pueden provocar la muerte del feto en cualquier momento del embarazo ²⁵.
5. Las infecciones bacterianas que afectan al feto o a la placenta son una causa importante de las muertes fetales que ocurren entre las semanas 24 y 27 de gestación. A veces la mujer embarazada puede tener una infección que puede pasar inadvertida (como las infecciones del tracto genital y urinario y ciertos virus como el parvovirus) hasta que ocurren

serias complicaciones, tales como la muerte del feto o su nacimiento en forma prematura antes de las 36 semanas. Después del parto, es posible demostrar si la muerte del feto fue provocada por una infección bacteriana mediante pruebas especiales a la placenta ²⁵.

CAUSAS PLACENTARIAS DE MUERTE FETAL

1. Nudos o aplastamientos del cordón umbilical que disminuyen la circulación sanguínea ²⁵.
2. Abrupto placentario o desprendimiento de la placenta durante el embarazo: La placenta es un órgano vital para mantener la salud del bebé. El desprendimiento de la placenta es un trastorno por el que la placenta se separa del útero, desde parcialmente hasta en forma casi total, ocurre con mayor frecuencia alrededor de la semana 35 del embarazo. Este trastorno provoca sangrados considerables que impide que el feto reciba la cantidad adecuada de oxígeno y le puede llegar a causar la muerte. El ultrasonido puede diagnosticar el desprendimiento de la placenta, si se detecta tempranamente se debe realizar una cesárea urgente lo que puede salvar la vida del bebé. Las mujeres que fuman o utilizan cocaína tienen más de riesgo de desprendimiento ²⁵.
3. El envejecimiento grave de la placenta y la formación de coágulos placentarios son otros problemas que impiden que el feto reciba suficiente oxígeno y nutrientes, lo que también contribuyen a la muerte del feto. Esto se puede detectar mediante ecografía en el control prenatal ²⁵.
4. Rotura prematura de membrana o ruptura de la bolsa de aguas antes del tiempo adecuado, que, si no se diagnostica a tiempo puede haber un riesgo elevado de infección Endo uterina o Corioamnionitis ²⁵.

5. Vasa previa (una complicación obstétrica en la cual los vasos sanguíneos fetales que no están protegidos por el cordón, cruzan o corren muy cerca del orificio del cuello uterino y se pueden rasgar fácilmente cuando el cuello uterino se dilata. El resultado es que el feto se desangra y muere ²⁵.

- **FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:** Son todas las características o factores específicos definidos como edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia ²⁶.

- **ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:** Son antecedentes fisiológicos de gran importancia ya que brindan información sobre la funcionalidad hormonal, gonadal y genital de la mujer, con trastornos que podrían estar relacionados a alteraciones antes, durante y después del embarazo y en la etapa perimenopausia. Estos son: Menarquia, Fecha de última regla, frecuencia y cantidad del periodo menstrual, alteraciones de la menstruación, menopausia, fórmula obstétrica que incluye número de embarazos, partos a término, prematuros, abortos, bebés que murieron después del nacimiento, tipo de partos, número de hijos vivos. Métodos Anticonceptivos, Enfermedades que padeció durante el embarazo incluyendo embarazos ectópicos, comorbilidad crónica, enfermedades de familiares directos que pueden ser hereditarias, cáncer ginecológico, etc. ²⁷.

- **CAUSAS DE MUERTE FETAL**

A pesar de los altos porcentajes de muertes fetales no se conocen plenamente sus causas. Sin embargo, en aquellos casos en los que la causa se determinó, la hipoxia intrauterina fue la más frecuente, seguida de las anomalías congénitas. La condición materna que generó más muertes fetales por hipoxia intrauterina fue el desprendimiento prematuro de placenta DPP 24,4%, seguida por la compresión del cordón umbilical 18,5% y la insuficiencia placentaria 10,7%. En 22,9% de los casos, no se

identificó ninguna condición materna asociada. Los trastornos hipertensivos del embarazo y el síndrome anti fosfolípidos, pueden causar infartos placentarios y, como consecuencia, la muerte fetal intrauterina ¹⁵.

- **CONSECUENCIAS DEL ÓBITO FETAL**

El Óbito fetal, es uno de los acontecimientos más devastadores y complejos de afrontar tanto para los padres como para los profesionales de obstetricia que atienden el caso; el manejo por el obstetra resulta bastante limitado ya que solo se consigue descubrir la causa en el 50% de los casos que suceden. Normalmente, no hay alarmas o signos previos que permitan anticiparlo, convirtiéndose en una desagradable y triste situación ²⁰.

2.1. **DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:**

Los términos básicos que se definen a continuación se encuentran relacionados con los factores que se estudiaron en su asociación con el óbito fetal en las gestantes adolescentes.

ÓBITO FETAL

Es la muerte fetal en el útero materno antes del nacimiento. La mencionada pérdida de la vida dentro del útero puede producirse por diversas causas, o durante el trabajo de parto, donde se trataría de un fracaso obstétrico. Dependiendo de alguna causa originaria, el óbito fetal suele producirse entre un 1 y un 3% ²⁰.

NACIDO VIVO: Expulsión completa del producto de la gestación, que tenga cualquier signo de vida, independiente de su unión al cordón umbilical o del desprendimiento placentario y de la duración de la gestación ¹⁹.

PARIDAD: Antecedente de número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos. (Nacidos a término, nacidos prematuros, abortos, hijos vivos en la actualidad) ²⁸.

ANTECEDENTE DE ABORTO es la cantidad de abortos espontáneos como muertes fetales de producto menor de 500 gr de peso o menor de 22 semanas; que suceden con mayor frecuencia en mujeres, independientemente de su etapa de vida reproductiva, que presentan antecedentes de aborto y tiende a ser menos probable en las mujeres que más bien tienen antecedentes de solo nacidos vivos, es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso o menor a las 22 semanas ²⁹.

PERIODO INTERGENÉSICO: Es el período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos ³⁰.

PERIODO INTERGENÉSICO ADECUADO: Es recomendable espaciar 24 meses entre un embarazo y otro para minimizar los riesgos maternos y fetales, pero tampoco más de 48 meses (entre 2 y 4 años, sería lo ideal) ³⁰.

PERIODO INTERGENÉSICO INADECUADO: Un período intergenésico ≤ 24 y ≥ 49 meses está asociado con un incremento del riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales ³¹.

VIA DEL PARTO: La vía de parto puede ser vaginal o abdominal (cesárea) ³².

CONTROL PRENATAL: Conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr **y mantener la** salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional ³³.

PARTO PRETÉRMINO: Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36semanas y 6 días de gestación ³⁵.

PROCEDENCIA Esta palabra tiene como definición que es inicio, comienzo, origen de algo o alguien. Es el punto de partida de cualquier sea el medio de transporte, o de una persona en específico ⁴⁰.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS PRINCIPAL Y ESPECIFICAS

3.1.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

Existen factores de riesgo, asociados significativamente a óbito fetal en gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013 – 2018

3.1.2. HIPÓTESIS ESPECIFICAS

- Los factores sociodemográficos tienen asociación significativa al óbito fetal en gestantes adolescentes.
- Los antecedentes Gineco-obstétricos constituyen factores de riesgo significativo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes.

3.2. VARIABLES

Estudio Bivariado, se evaluó la asociación de una variable independiente con otra variable dependiente, a través de una prueba de hipótesis.

3.2.1. Variable Independiente

Factores de riesgo en gestantes adolescentes

Dimensiones

- Factores sociodemográficos
- Factores Gineco-obstétricos

3.2.2. Variable dependiente

Óbito Fetal

Dimensiones

- Óbito Fetal antes de las 28 semanas de gestación
- Óbito Fetal después de las 28 semanas de gestación

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Variable Independiente Factores de riesgo en gestantes adolescentes	Factores sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de Instrucción • Estado Civil • Ocupación • Procedencia
	Factores Gineco-Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Parto Anterior • Vía del parto anterior • Antecedente de Aborto • Periodo Intergenésico • N° de CPN • Edad Gestacional en el primer Control Prenatal • Presencia de Patología en el embarazo
Variable Dependiente Óbito Fetal	Muerte fetal Temprana:	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de las 20 semanas hasta las 27 semanas de gestación
	Muerte Fetal Tardía:	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de la semana 28 de gestación

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

Debido a que no se manipularán las variables y que se observarán tal como han sido generadas en un determinado tiempo pasado y sin seguimiento, la investigación es de diseño No Experimental ⁴¹, de corte transversal ⁴².

Debido a que se detallarán y analizarán las características de la población de estudio a través de métodos estadísticos respondiendo a hipótesis, es de tipo analítico de enfoque cuantitativo ⁴³.

Debido a que las unidades de estudio pertenecen a un mismo grupo poblacional, como son las madres adolescentes, y se describirá y analizará qué factores son los que sugieren mayor riesgo de ocasionar muerte u óbito fetal, es decir qué factores sociodemográfico o gineco obstétricos están asociados a la muerte fetal u óbito fetal en las gestantes adolescentes, el presente estudio es de casos y controles ⁴⁴.

De acuerdo a la naturaleza de la investigación, por la que se analizarán si existen factores de mayor riesgo asociado a una consecuencia, a través de una prueba de hipótesis, es relacional de asociación ⁴⁵.

Para el desarrollo de la investigación, en primer lugar, se describieron los factores que se incluyen en las variables independientes y dependientes. Luego se aplicó el procedimiento estadístico, con la finalidad de verificar y analizar las hipótesis del estudio, a través de un procedimiento de medida de asociación de OR por tratarse de un estudio retrospectivo. Luego de determinó la significancia estadística con la prueba de hipótesis de Chi cuadrado ⁴⁶, para variables cualitativas a través del programa estadístico SPSS.

4.2. DISEÑO MUESTRAL

Para el muestreo del presente estudio de casos y controles, se utilizó el método no probabilístico de muestreo deliberado crítico por juicio ⁴⁷,

4.2.1. POBLACIÓN

La población sujeta de estudio fue de 836 partos en mujeres adolescentes que presentaron óbito fetal y nacidos vivos, con peso de 500 gramos a más en el momento del parto, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, en el periodo 2013-2018.

4.2.2. MUESTRA

Para la muestra del estudio, se considerarán:

Casos: 76 partos de Gestantes adolescentes con óbito fetal con un peso \geq 500 gr y a partir de 22 semanas, registrados en el SIP 2000 del hospital.

Controles: 76 partos de Gestantes adolescentes con nacido vivo con un peso \geq 500gr y a partir de 22 semanas, registrados en el SIP 2000 del hospital.

4.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Serán incluidos en el estudio, para el grupo de casos, de madres adolescentes ≤ 19 años con óbito fetal

Partos hospitalarios

Registros Clínicos completos hasta el momento del parto en el SIP 2000

4.2.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Serán excluidos los casos de óbitos de madres con ≥ 20 años de edad.

Registro Clínicos incompletos en el SIP 2000.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. TÉCNICAS

Se determinó a través del número de casos de óbito fetal de madres adolescentes con ≤ 19 años de edad que se encuentran registrados en el SIP 2000 del Hospital Regional de Pucallpa, para evitar sesgos, se ubicaron la misma cantidad de casos de gestantes adolescentes con nacido vivo, según la misma distribución en el período de los casos de óbitos de madres gestantes adolescentes. Luego de identificada la muestra se realizó la recolección de datos según la ficha diseñada para el presente estudio.

4.3.2. INSTRUMENTOS

Se utilizó la ficha de recolección de datos diseñada, según los objetivos del estudio, con datos que representan las variables, y que se recolectó desde el sistema informático SIP 2000, que provienen de la fuente primaria Historia

clínica perinatal de las gestantes y recién nacidos, atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa.

4.3.3. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Para la realización del presente estudio retrospectivo se elaboró una ficha de recolección de datos que fue validada mediante juicio de expertos, obteniéndose grado de concordancia de excelente validez.

4.4. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada en las fichas de datos, fue almacenada en una base de datos de Excel y de SPSS, para la elaboración de las tablas de frecuencias y el análisis de la asociación de los factores con la consecuencia negativa de estudio identificada en las unidades de estudio.

Para la verificación de la hipótesis alterna, se empleó la prueba de medida de asociación para estudios de casos y controles OR odds ratio u oportunidad relativa, o razón de probabilidades, ya que se trata de una misma población que son madres gestantes, expuestas a los mismos riesgos sociodemográficos y gineco obstétricos, para una consecuencia, como es el óbito fetal, lo que permitió definir cuanto más probabilidad de riesgo tuvieron las que presentaron óbito fetal, además de un determinado factor negativo, comparado con las que tuvieron nacido vivo y el factor negativo. La distribución de los datos para el cálculo del OR, se dio por conveniencia en una tabla de contingencia o doble entrada para cada factor de riesgo.

		Casos	Controles
		Gestantes Adolescentes con Óbito Fetal	Gestantes Adolescentes con RN vivo
Factor de Riesgo	Si	a	b
	No	c	d

$$OR = \frac{a*d}{b*c}$$

Donde el OR que determina el número de veces que el factor de riesgo se asocia con la consecuencia es mayor a 1, con el que se rechazaría la hipótesis nula. Sin embargo, para la aceptación de las hipótesis alternas, se utilizó la prueba de hipótesis Chi Cuadrado, con el que se determinó la significancia estadística $p: < 0.05$ con el intervalo de confianza de 95%.

Para determinar que un factor se encuentra asociado a óbito fetal es necesario que el valor de OR sea mayor a 1, que el intervalo de confianza al 95% no incluya a la unidad y que el valor de p sea $<$ de 0.05.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Para el acceso y recolección de información, se contó con la autorización del director del Hospital Regional de Pucallpa y el encargado del sistema informático SIP 2000 en el Servicio de Gineco Obstetricia. Se tuvo especial cumplimiento con la confidencialidad de la información extraída en el proceso de la información y elaboración de los resultados estadísticos que aportan a la investigación científica y avance institucional.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Análisis Descriptivo

En el presente estudio, se organizó una muestra de 76 gestantes adolescentes que presentaron Óbito Fetal como grupo de casos y otro grupo de 76 gestantes adolescentes tuvieron recién nacidos vivos como grupo control. Se ordenaron los Factores Sociodemográficos y Gineco Obstétricos de ambos grupos.

5.1.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Los factores sociodemográficos de las gestantes adolescentes de los grupos de casos y controles, analizados para el estudio fueron:

La edad de las adolescentes, que se agruparon en etapas: Adolescencia Temprana de 10 a 13 años, Intermedia de 14 a 16 años y Tardía de 17 a 19 años; éstas no serán consideradas en las características para evaluar asociación con Óbito Fetal, puesto que se trata de gestantes adolescentes en el grupo de casos y en el grupo de controles.

Grado de instrucción alcanzado por las adolescentes hasta el momento del embarazo. Los grados de primaria (incompleta o completa) y secundaria incompleta se consideran como factores de riesgo en las madres adolescentes. El grado de secundaria completa y de instrucción superior universitaria o no universitaria que son incompletas en la etapa adolescencia, serían considerados como factores protectores.

El estado civil de unión estable como son estar casadas y mayormente como convivientes constituirían en el caso de ser gestantes adolescentes como factores protectores y el estado de soltera se constituye en un factor de riesgo debido a que la madre no está contando con el apoyo del padre del niño o niña por nacer.

La ocupación en las adolescentes es correspondientemente de estudiante, que le permitirá sostenibilidad económica en un futuro cercano, por lo que ser estudiante, aunque esté gestando es un factor protector, la ocupación de trabajadora en la etapa de adolescencia es un factor de riesgo ya que implica una condición inestable o no formal al no seguir en los esfuerzos de culminar la secundaria para llegar a estudios superiores, mismo riesgo que constituye el ser Ama de Casa.

La procedencia se consideró como factor de riesgo siempre que la gestante tenga como lugar de residencia a distritos lejanos de la región desde donde mayormente solo se pueden salir en deslizador fuera de borda, transporte terrestre o aéreo que implican más de 2 horas hacia la ciudad o zona urbana que sería un factor protector.

TABLA N° 1. Edad de las Gestantes Adolescentes

Factores Sociodemográficos - Edad	Gestantes Adolescentes con Óbito Fetal (Casos)		Gestantes Adolescentes sin Óbito Fetal (Controles)		Total	%
	N°	%	N°	%		
Edad	N°	%	N°	%	Total	%
10 a 13 años	2	3	0	0	2	1
14 a 16 años	27	36	25	33	52	34
17 a 19 años	47	62	51	67	98	65
Total	76	100	76	100	152	100
Media + Desviación Estándar	16.68 ± 1.76		17.14 ± 1.53		16.91 ± 1.65	
Edad Mín. - Edad Máx.	13 - 19		14 - 19		13 - 19	

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 1, muestra la edad de las adolescentes del estudio, se observa que en el grupo de adolescentes que presentaron óbito fetal, hubo 2 casos (3%) que

tuvieron 13 años al momento del parto, mientras que en el grupo de adolescentes con nacidos vivos ninguna estaba en etapa de adolescencia temprana. El 36% de las adolescentes con óbito fetal estaban en etapa de adolescencia intermedia entre 14 y 16 años, comparado con un 33% del grupo de adolescentes con nacidos vivos, el 62% de las adolescentes con óbito fetal se encontraban en etapa de adolescencia tardía entre 17 y 19 años, mientras que entre las adolescentes con nacidos vivos fueron el 67%. La media de edad entre las adolescentes que tuvieron óbito fetal fue de 16.68 años con edad mínima de 13 y máxima de 19 años, mientras que la media de edad en las adolescentes con nacido vivo fue de 17.14 años con una edad mínima de 14 y máxima de 19 años.

TABLA N° 2: Factores Sociodemográficos de las gestantes adolescentes

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		Gestantes Adolescentes con Óbito Fetal (Casos)		Gestantes Adolescentes sin Óbito Fetal (Controles)		Total	%
		N°	%	N°	%		
Grado de Instrucción	Sin Instrucción	1	1	0	0	1	1
	Primaria	22	29	15	18	37	24
	Secundaria Incompleta	34	45	36	47	70	46
	Secundaria Completa	13	17	21	29	34	22
	Superior Universitaria	2	3	0	0	2	1
	Superior No Universitaria	4	5	4	5	8	5
	Total	76	100	76	100	152	100
Estado Civil	Soltera	28	37	14	20	42	28
	Conviviente	44	58	62	80	106	70
	Casada	4	5	0	0	4	2
	Total	76	100	76	100	152	100
Ocupación	Ama De Casa	57	75	66	87	123	81
	Trabajadora	5	7	2	3	7	5
	Estudiante	14	18	8	11	22	14
	Total	76	100	76	100	152	100
Procedencia	Zona Rural	16	21	6	8	22	14
	Zona Urbana	60	79	70	92	130	86
	Total	76	100	76	100	152	100

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 2, muestra los factores sociodemográficos de las gestantes adolescentes del estudio, solo se evidenció un caso de adolescente sin grado de instrucción entre las que tuvieron óbito fetal, y ningún caso entre las que tuvieron nacido vivo, el 29% de las adolescentes que tuvieron óbito fetal, llegaron solo a grado de instrucción primaria, mientras que en menor porcentaje con 18% lo tuvieron entre las adolescentes con nacido vivo; el 45% de adolescentes que tuvieron óbito fetal no terminaron la secundaria, un poco más con 47% tampoco terminaron la secundaria entre las adolescentes con nacidos vivos; solo el 17% de las adolescentes con óbito fetal llegaron a culminar la secundaria, mientras que las adolescentes con nacido vivo en un 29% llegaron a culminar la secundaria; entre las adolescentes con óbito fetal hubo 2 casos (3%) que tuvieron registro de estudio superior universitario, mientras que ninguna de las adolescentes con nacido vivo llegaron a este grado de instrucción; mientras que en estudios superiores No Universitarios tanto las adolescentes con óbito fetal y con nacido vivo llegaron a 5%. En cuanto al estado civil, más de la tercera parte, con 37% de las adolescentes con óbito fetal fueron solteras, comparado con el 20% de solteras en el caso de las adolescentes con nacido vivo; el 58% de las adolescentes con óbito fetal fueron convivientes, mientras que en las adolescentes con nacido vivo, el 80% refirieron ser convivientes, así también se encontró un 5% de casadas en el grupo de las adolescentes con óbito, mientras que en las adolescentes con nacido vivo ninguna tuvo este estado civil. En cuanto a la ocupación, el 75% de las adolescentes con óbito fueron amas de casa, mientras que en el grupo de adolescentes con nacido vivo, fueron en 87%, el 18% de las gestantes con óbito fetal tenían registrado ser estudiantes como ocupación, comparado con el 11% que eran estudiantes, entre las adolescentes con nacido vivo, el 7% de las adolescentes con óbito tenían registro de ser trabajadoras ya sea dependientes o independientes, comparado con solo un 3% en el grupo de adolescentes con nacido vivo. El 21% de las adolescentes con óbito fetal habían procedido de zona rural, comparado con el 8% que procedían de zona rural entre las adolescentes con nacido vivo; el 79% de las adolescentes con óbito fetal habían procedido de la zona urbana, comparado con el

92% entre las adolescentes con nacido vivo que habían procedido de la zona urbana.

5.1.2. ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICOS

Entre los antecedentes gineco obstétricos considerados como factores de riesgo que podrían estar asociados a óbito fetal fueron:

El antecedente de haber tenido al menos un parto, en caso de haberlo tenido cuál fue la vía del parto, antecedente de aborto, periodo intergenésico, número de controles prenatales, la edad gestacional durante el primer control prenatal, si tuvo patología durante el embarazo y la edad gestacional al momento del parto.

TABLA N° 3: Antecedentes Gineco-Obstétricos – Antecedente de Embarazo Anterior

Antecedentes Gineco Obstétricos - Antecedente de Embarazo		Gestantes Adolescentes con Óbito Fetal (Casos)		Gestantes Adolescentes sin Óbito Fetal (Controles)		Total	%
		Ni	%	Ni	%		
Parto Anterior	Ninguno	57	75	47	62	104	68
	Si tuvo	19	25	29	38	48	32
	Total	76	100	76	100	152	100
	Ni partos mín. - máx.	1 - 1		1 - 3		1 - 3	
Vía del parto anterior	Vaginal	16	84	22	76	38	79
	Cesárea	3	16	7	24	10	21
	Total	19	100	29	100	48	100
Antecedente de Aborto	Si	15	20	10	13	25	16
	No	61	80	66	87	127	84
	Total	76	100	76	100	152	100
Antecedente de Óbito Fetal	Si	0	0	0	0	0	0
	No	76	100	76	100	152	100
	Total	76	100	76	100	152	100

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 3, muestra el antecedente de embarazos anteriores, de las gestantes adolescentes del estudio, se observa que en el grupo de adolescentes con óbito fetal el 25% habían tenido por lo menos un parto con anterioridad, mientras que en el grupo de gestantes con nacido vivo, este porcentaje fue de 38%, comportándose en este caso como un factor protector contra óbito fetal, el hecho de haber tenido un parto previo, también se observa que en el grupo de gestantes con óbito fetal solo tuvieron al menos un parto, entre las que lo tuvieron, mientras que en el grupo de adolescentes con nacido vivo se detectaron 2 adolescentes con hasta 3 partos anteriores. Entre las que tuvieron parto anterior, el 84% de las adolescentes con óbito fetal tuvieron parto vaginal y 16% cesáreas, mientras que entre las adolescentes con nacido vivo se evidenció que el 76% tuvo parto vaginal y el 24% tuvo cesárea. En cuanto al antecedente de aborto, el 20% de las adolescentes con óbito fetal tuvieron aborto, mientras que en las adolescentes con nacido vivo tuvieron aborto el 13%. Ninguna de las adolescentes de la muestra de estudio tuvo antecedente de óbito fetal.

TABLA Ni 4: Antecedentes Gineco-Obstétricos – Periodo Intergenésico

Antecedentes Gineco Obstétricos – Periodo Intergenésico		Gestantes Adolescentes con Óbito Fetal (Casos)		Gestantes Adolescentes sin Óbito Fetal (Controles)		Total	%
		N°	%	N°	%		
Periodo Intergenésico (Partos y Abortos)	< 2 años	21	62	9	23	30	41
	≥ 2 años	13	38	30	77	43	59
	Total	34	100	39	100	73	100
Periodo Interg. Min. - Máx.		6 meses - 5 años		1 año - 7 años		6 meses - 7 años	

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 4, describe el periodo intergenésico de las gestantes adolescentes del estudio, considerando los partos y abortos anteriores. Se observa que el 62% de las adolescentes con óbito fetal, tuvieron periodo intergenésico menor de 2 años, mientras que, en las adolescentes con nacido vivo, que tuvieron parto o aborto anteriormente, el 23% tuvo periodo intergenésico menor de 2 años. En cuanto al periodo intergenésico mayor o igual a 2 años, se observa que las adolescentes con nacido vivo se encuentran con 77% comparado con el 38% de las adolescentes

con óbito fetal. Así también se observa que el periodo intergenésico mínimo de las adolescentes con óbito fetal fue de 6 meses y el máximo de 5 años, mientras que en las adolescentes con nacido vivo el periodo intergenésico mínimo fue de 1 año y máximo de 7 años.

TABLA N° 5: Antecedentes Gineco-Obstétricos – Control Pre Natal

Antecedentes Gineco Obstétricos: Número de Controles – Edad Gestacional del 1er CPN		Gestantes Adolescentes con Óbito Fetal (Casos)		Gestantes Adolescentes sin Óbito Fetal (Controles)		Total	%
		N°	%	N°	%		
CPN	Ninguno	24	32	3	4	27	18
	1 a 5 CPN	43	57	31	41	74	49
	6 a más CPN	9	12	42	55	51	34
	Total	76	100	76	100	152	100
	Media ± Desv. Estándar	3.28 ± 1.91		6.00 ± 2.75		4.87 ± 2.77	
	N° CPN Mín. - Máx.	1 - 7		1 - 12		1 - 12	
EG 1er CPN	≤ 14 semanas	21	40	34	47	55	44
	15 a 27 semanas	29	56	32	44	61	49
	28 semanas a más	2	4	7	10	9	6
	Total	52	100	73	100	125	100
	Media ± Desv. Estándar	16.98 ± 6.28		17.03 ± 7.39		17.01 ± 6.92	
	Edad gest. Mín. - Máx.	5 - 30		4 - 34		4 - 34	

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 5, describe el control prenatal de las gestantes adolescentes del estudio, se observa que el 32% de las adolescentes con óbito fetal no tuvieron ningún control prenatal, comparado con el 4% de las adolescentes con nacido vivo que tampoco tuvieron control prenatal, también se observa que el 57% de las adolescentes con óbito fetal tuvieron entre 1 a 5 controles prenatales, así también el 41% de las adolescentes con nacido vivo tuvieron 1 a 5 controles prenatales. Se observa que el 55% de las adolescentes con nacido vivo tuvieron de 6 a más controles prenatales, mientras que solo el 12% de las adolescentes con óbito fetal presentaron de 6 a más controles prenatales. También se observa que la media de control prenatal en las gestantes con óbito fetal es de 3.28 ± 1.91 , con 1 control mínimo y 7 controles máximo entre las que se recibieron controles; mientras que en las adolescentes con nacido vivo la media de controles es de 6.00 ± 2.75 , con 1

control mínimo y 12 controles máximo entre las que recibieron controles. En cuanto a la edad gestacional durante el primer control prenatal, el 40% de las adolescentes con óbito fetal, que recibieron controles prenatales, lo realizaron antes o a las 14 semanas, comparado con el 47% de las adolescentes con nacido vivo que recibieron controles prenatales; el 56% de las adolescentes con óbito fetal que recibieron controles prenatales, lo realizaron entre las 15 y 27 semanas, comparado con un 44% de las adolescentes con nacido vivo que recibieron controles prenatales; un 4% de las adolescentes con óbito fetal que recibieron controles prenatales, lo realizaron a partir de las 28 semanas, comparado con un 10% de las adolescentes con nacido vivo que recibieron controles prenatales. Así también se observa que entre las adolescentes con óbito fetal la media de edad gestacional durante el primer control prenatal fue de 16.98 ± 6.28 semanas con una edad gestacional mínima de 5 semanas y máximo de 30 semanas, mientras que entre las adolescentes con nacido vivo la media de edad gestacional fue de 17.03 ± 7.39 semanas con una edad gestacional mínima de 4 semanas y máximo de 34 semanas.

TABLA N° 6: Antecedentes Gineco-Obstétricos – Control Pre Natal

Antecedentes Gineco Obstétricos: Presentó Patología durante el Embarazo – EESS del Último CPN		Gestantes Adolescentes con Óbito Fetal (Casos)		Gestantes Adolescentes sin Óbito Fetal (Controles)		Total	%
		N°	%	N°	%		
Patologías durante el Embarazo	Con Patología antes de las 28 semanas	31	41	1	1	32	21
	Sin Patología antes de las 28 semanas	2	3	1	1	3	2
	Con Patología después de las 28 semanas	36	47	56	74	92	61
	Sin Patología después de las 28 semanas	7	9	18	24	25	16
Total		76	100	76	100	152	100

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 6, sobre los factores Gineco Obstétricos en cuanto a si presentó o no patologías en el embarazo, el 41% de las adolescentes con óbito fetal, presentaron

patología antes de las 28 semanas, mientras que solo se dio un caso entre las adolescentes con nacido vivo. Pero se observa que el 74% de las gestantes con nacido vivo si presentaron patología a partir de las 28 semanas, comparado con el 47% de las adolescentes con óbito fetal.

TABLA N° 7. Antecedentes Gineco-Obstétricos – EG en que se produjo el Parto actual

Antecedentes Gineco Obstétricos: EG en que se produjo el Parto actual	Gestantes Adolescentes con Óbito Fetal (Casos)		Gestantes Adolescentes sin Óbito Fetal (Controles)		Total	%
	N°	%	N°	%		
20 a 27 semanas	33	43	2	3	35	23
28 a 36 semanas	26	34	5	7	31	20
37 a 42 semanas	17	22	69	91	86	57
Total	76	100	76	100	152	100
Media ± Desv. Estándar	29.83 ± 6.29		39.28 ± 6.79		34.55 ± 6.79	
Edad gest. Mín. - Máx.	22 - 41		24 - 42		22 - 42	

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 7, muestra la semana gestacional en la que se produce el parto de las adolescentes del estudio, se observa que el 43% de las adolescentes con óbito fetal tuvieron el parto entre las 20 y 27 semanas de gestación, mientras que solo hubo 2 casos (3%) entre las adolescentes con nacido vivo en estas semanas de gestación; el 34% de las adolescentes con óbito fetal tuvieron el parto entre las 28 y 36 semanas de gestación comparado con un 7% entre las adolescentes con nacido vivo; el 22% de las adolescentes con óbito presentaron el parto entre las 37 y 42 semanas, comparado con el 91% de las adolescentes con nacido vivo que tuvieron su parto en este periodo de semanas de embarazo, siendo la media de semanas de embarazo de 29.83 ± 6.29 semanas con 22 semanas de embarazo mínimo y máximo de 41 semanas entre las adolescentes con óbito fetal, mientras que en las adolescentes con nacido vivo la media de semanas de embarazo en la que se produjo el parto fue de 39.28 ± 6.79 con una edad de semanas de embarazo mínima de 24 semanas y máxima de 42 semanas.

5.1.3. PRODUCTO GESTACIONAL

En cuanto al producto gestacional de las adolescentes del estudio, en específico los óbitos fetales, ya que se pretende identificar aquellos factores de las adolescentes que se asocian a la muerte fetal, se describirán las características de los óbitos fetales y de los nacidos vivos incluidos en el estudio.

TABLA N° 8. Características del Producto Gestacional – Sexo, Peso y Edad por Examen Físico

Características del Producto Gestacional: Sexo, Peso y Edad por Examen Físico		Óbitos Fetales		Nacidos Vivos		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
Sexo	Varón	22	29	42	55	64	42
	Mujer	19	25	34	45	53	35
	Sin Dato	35	46	0	0	35	23
	Total	76	100	76	100	152	100
Peso	500 a 2,500 gr	29	38	9	12	38	25
	> 2,500 a 4,000 gr	9	12	66	87	75	49
	> 4,000 gr	0	0	1	1	1	1
	Sin Dato	38	50	0	0	38	25
	Total	76	100	76	100	152	100
Media ± Desv. Estándar		1760.26 ± 877.40		3044.87 ± 547.69		2616.67 ± 906.16	
Peso PG Mín. - Máx.		540 - 3600		640 - 4060		540 - 4060	
Edad x Examen	22 a 27 semanas	33	43	2	3	35	23
	28 a más semanas	43	57	74	97	117	77
	Total	76	100	76	100	152	100
Físico	Media ± Desv. Estándar	29.83 ± 6.29		39.29 ± 2.79		34.56 ± 6.78	
	Edad en Sem, Mín. - Máx.	22 - 41		24 - 42		24 - 42	

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

En la tabla N° 8, se muestran las características de los productos gestacionales de las adolescentes del estudio, para el caso de los óbitos fetales, un 46% se encuentran sin dato en el SIP 2000, el 29% son de sexo varón y el 25% son de sexo mujer, mientras que en el caso de los nacidos vivos el 45% son de sexo mujer y el 55% son de sexo varón. En cuanto al peso, el 50% de los óbitos fetales se encuentran sin dato del peso, el 38% tuvo entre 500 a 2,500 gr, y el 12% tuvo entre más de 2,500 y 4,000 gr, se observó que el peso mínimo de los óbitos fetales que

tuvieron dato fue de 540 gr y el máximo fue de 3,600 gr; mientras que el 87% de los nacidos vivos tuvo entre más de 2,500 y 4,000 gr, un 12% presentó entre 500 y 2,500 gr y hubo un caso de más de 4,000 gr, donde el peso mínimo fue 640 gr y el máximo fue de 4,060 gr.

En cuanto a la edad por examen físico el 43% de los óbitos fetales tuvo entre 22 y 27 semanas y el 57% tuvo entre 28 a más semanas, con una media de 29.83 ± 6.29 semanas al momento del parto con una edad mínima de 22 semanas y máxima de 41 semanas, mientras que entre los nacidos vivos, el 97% tuvo entre 28 semanas a más en el momento del nacimiento y solo se encontraron 2 casos (3%) con menos de 28 semanas al momento del nacimiento, que según el registro del SIP 2000 luego fallecieron por prematuridad severa, se observó una media de edad de 39.29 ± 2.79 semanas con una edad mínima de 24 semanas y máxima de 42 semanas al momento del nacimiento.

TABLA N° 9. Momento de Muerte Fetal

Momento de la Muerte Fetal	Óbitos Fetales	
	N°	%
Durante el Embarazo	69	91
Durante el Parto	3	4
Momento Desconocido	4	5
Total	76	100

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 9 muestra el momento de la muerte fetal, según el registro del SIP 2000, se observa que en el 91% de los casos, la muerte fetal se presentó durante el embarazo, 3 casos (4%) se produjeron durante el parto y se encontraron 4 casos (5%) registrados como momento desconocido.

5.2. Análisis Inferencial

Los factores de riesgo asociados a óbito fetal, en gestantes adolescentes fueron evaluadas a través de la medida de asociación OR con un intervalo de confianza de 95% y significancia estadística $p < 0.05$, obteniéndose este último a través de la prueba de hipótesis de Chi², a través de tablas de contingencia o tablas cruzadas. El Intervalo de confianza se obtuvo de la estadística descriptiva del programa de Excel, entre los que se encuentra el dato de desviación estándar necesario para el cálculo de intervalo de confianza. Para la confirmación de las hipótesis del estudio, se considerará coincidentemente el valor de OR mayor a 1, el intervalo de confianza que no debe contener a 1.0 y el valor de significancia estadística o valor $p < 0.05$.

5.2.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A ÓBITO FETAL

Los factores sociodemográficos evaluados en su asociación con óbito fetal fueron el grado de instrucción primaria, secundaria incompleta, secundaria completa y estudios superiores (no universitarios y universitarios) para verificar si existe mayor probabilidad de presentar óbito fetal cuando las adolescentes no llegan a culminar la secundaria e iniciar instrucción superior, comparado con las adolescentes que no presentaron óbito fetal. En cuanto a la ocupación, se evaluó si el hecho de ser ama de casa o ser trabajadoras o ambas ocupaciones, incrementan la probabilidad de presentar óbito fetal que las que son estudiantes, comparado con las que no presentaron óbito fetal. En cuanto al estado civil, se evaluó si el hecho de ser soltera incrementa la probabilidad de presentar óbito fetal que las que tienen unión estable (convivientes o casadas); así también se evaluó si la procedencia de zona rural incrementa la probabilidad de presentar óbito fetal comparado con las que proceden de zona urbana.

TABLA N° 10: Factores Sociodemográficos y Óbito Fetal antes de las 28 semanas de Gestación

Factores Sociodemográficos		Óbito Fetal antes de las 28 semanas									
		Si	%	No	%	Total	%	OR	IC 95%	valor P	
Grado de Instrucción	Primaria/Secundaria Completa + Superior Univ. y Superior No Univ.	20	90.91	2	9.09	22	100	0.43	-2.28	1.01	0.563
	Secundaria Incompleta/Secundaria Completa + Superior Univ. y Superior No Univ.	26	96.30	1	3.70	27	100	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado	0.362
Ocupación	Ama de Casa / Estudiantes	31	93.94	2	6.06	33	100	0.00	-0.23	0.23	0.588
	Trabajadoras / Estudiantes	6	100.00	0	0.00	6	100	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado
Estado Civil	Soltera / Unión Estable (Convivientes + casadas)	33	94.29	2	5.71	35	100	0.65	0.45	0.85	0.766
Procedencia	Zona Rural/ Zona urbana + otra región	33	94.29	2	5.71	35	100	0.22	0.05	0.39	0.275

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

En la tabla N° 10, se muestra el análisis de la asociación entre los factores sociodemográficos y óbito fetal antes de las 28 semanas de embarazo en las adolescentes; se observa que ninguno de los factores considerados para el estudio se asocia significativamente con óbito fetal. En cuanto al grado de instrucción, en 22 adolescentes que tuvieron como grado de instrucción primaria y secundaria completa y estudios superiores, el 90.91% presentó óbito fetal, mientras que el 9.09% no lo presentó, con OR: 0.43; IC: -2.28 – 1.01; p=0.563, en 27 adolescentes que tuvieron secundaria incompleta y secundaria completa más estudios superiores, el 96.30% tuvieron óbito fetal mientras que el 3.70% no lo tuvieron, con OR: Indeterminado, IC: Indeterminado; p=0.362. En cuanto a la ocupación, en 33 adolescentes que presentaron ocupación entre amas de casa y estudiantes, el 93.94% tuvieron óbito fetal y el 6.06% tuvo nacido vivo, con OR: 0.00; IC: -0.23 – 0.23; p=0.588; en 6 adolescentes entre trabajadoras y estudiantes; el 100% tuvieron óbito fetal, con OR: Indeterminado; IC: Indeterminado; p=Indeterminado.

En 35 adolescentes con estado civil entre solteras y con unión estable, el 94.29% tuvieron óbito fetal y el 5.71% tuvieron nacido vivo, con OR: 0.65; IC: 0.45 – 0.85; $p=0.766$. De 35 adolescentes con parto antes de las 28 semanas, el 94.29% tuvieron óbito fetal y el 5.71% no lo tuvieron, con OR: 0.22; IC: 0.05 – 0.39; $p=0.275$.

TABLA N° 11: Factores Sociodemográficos y Óbito Fetal después de las 28 semanas de Gestación

Factores Sociodemográficos		Óbito Fetal después de las 28 semanas									
		Si	%	No	%	Total	%	OR	IC 95%	valor P	
Grado de Instrucción	Primaria/Secundaria Completa + Superior Univ. y Superior No Univ.	21	44.68	26	55.32	47	100	80.00	79.97	80.37	0.003
	Secundaria Incompleta/Secundaria Completa + Superior Univ. y Superior No Univ.	27	31.03	60	68.97	87	100	3.14	3.02	3.27	0.036
Ocupación	Ama de Casa / Estudiantes	40	35.71	72	64.29	112	100	0.38	0.24	0.51	0.055
	Trabajadoras / Estudiantes	13	56.52	10	43.48	23	100	1.20	1.03	1.37	0.859
Estado Civil	Soltera / Unión Estable (Convivientes + casadas)	43	36.75	74	63.25	117	100	2.51	2.43	2.60	0.034
Procedencia	Zona Rural/ Zona urbana + otra región	43	36.75	74	63.25	117	100	3.98	3.90	4.06	0.004

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 11, muestra el análisis de la asociación de factores sociodemográficos de las gestantes adolescentes con óbito fetal después de las 28 semanas de gestación, se observa que de 47 adolescentes con grado de instrucción entre primaria y secundaria completa junto a las que llegaron a iniciar estudios superiores, el 44.68% tuvieron óbito fetal mientras que el 55.32% tuvieron nacido vivo, se obtuvo asociación significativa con OR: 80.00, IC: 79.97 – 80.37; $p=0.003$, lo que significa que las solo llegaron a estudiar primaria tienen 80 veces más probabilidades de presentar óbito fetal, que las que llegaron a terminar la secundaria o a iniciar estudios superiores, de las 87 adolescentes que tuvieron entre secundaria incompleta y secundaria completa junto a las que iniciaron estudios superiores, el 31.03% tuvieron óbito fetal y el 68.97% tuvieron nacido vivo, se obtuvo asociación significativa con OR: 3.14, IC: 3.02 – 3.27; $p=0.036$, lo que

significa que las gestantes adolescentes con secundaria incompleta presentan 3.14 veces más probabilidades de tener óbito fetal que las que llegaron a terminar la secundaria o iniciar estudios superiores. En 117 adolescentes con estado civil entre solteras y unión estable, el 36.75% tuvo óbito fetal, mientras que el 63.25% tuvo nacido vivo, se obtuvo asociación significativa con OR: 2.51; IC: 2.43 – 2.60; $p=0.034$; que significa que las gestantes adolescentes solteras tienen 2.51 veces más probabilidades de tener óbito fetal que las adolescentes con unión estable, así también en 117 adolescentes con procedencia entre zona rural y zona urbana, el 36.75% tuvo óbito fetal mientras que el 63.25% tuvo nacido vivo, se obtuvo asociación significativa con OR: 3.98; IC: 3.90 – 4.06; $p=0.004$; que significa que las gestantes adolescentes que proceden de zona rural tienen 3.98 veces más probabilidades de presentar óbito fetal que las que proceden de zona urbana. No se observó asociación significativa entre la ocupación y óbito fetal; en 112 adolescentes con ocupación entre ama de casa y estudiantes, el 35.71% tuvo óbito fetal y el 64.29% tuvo nacido vivo, con OR: 0.38; IC: 0.24 – 0.51; $p=0.055$; en 23 gestantes adolescentes entre trabajadoras y estudiantes, el 56.52% tuvieron óbito fetal mientras que el 43.48% tuvieron nacido vivo, con OR: 1.20; IC: 1.03 – 1.37; $p=0.859$.

TABLA N° 12: Antecedentes Gineco Obstétricos y Óbito Fetal antes de las 28 semanas de Gestación: Antecedentes de embarazo anterior

Antecedentes Gineco Obstétricos: Embarazo Anterior		Óbito Fetal antes de las 28 semanas									
		Si	%	No	%	Total	%	OR	IC 95%	valor P	
Parto Anterior	Si Tuvo/Nunca Tuvo	33	94.29	2	5.71	35	100	0.50	-0.93	0.66	0.630
Tipo de Parto Anterior	Cesárea/Parto Normal	10	90.91	1	9.09	11	100	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado	0.740
Antecedente de Aborto	Si Tuvo / Nunca Tuvo	33	97.06	1	2.94	34	100	0.00	-0.16	0.16	0.142
Antecedente de Óbito Fetal	Si Tuvo/Nunca Tuvo	33	94.29	2	5.71	35	100	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado
Periodo Intergenésico	< 2 años / ≥ 2 años	21	95.45	1	4.55	22	100	0.00	-0.20	0.20	0.484

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 12, muestra el análisis de asociación entre los antecedentes del embarazo anterior con óbito fetal antes de las 28 semanas. No se observa asociación significativa entre ninguno de los antecedentes de embarazo anterior con óbito fetal antes de las 28 semanas. En 35 adolescentes en quienes se evaluó si tuvieron parto anterior, el 94.29% tuvieron óbito fetal, mientras que el 5.71% tuvo nacido vivo, con OR: 0.50; IC: -0.93 – 0.66; p=0.630; en 11 gestantes adolescentes que tuvieron cesárea y parto normal, el 90.91% tuvo óbito fetal mientras que el 9.09% tuvo nacido vivo, con OR: Indeterminado; IC: Indeterminado; p=0.740; en 34 gestantes adolescentes en quienes se evaluó antecedente de aborto, el 97.06% tuvo óbito fetal, mientras que el 2.94% tuvo nacido vivo, con OR: 0.00; IC: -0.16 – 0.16; p=0.142; ninguna de las 35 adolescentes con parto antes de las 28 semanas presentó antecedente de óbito fetal, por lo que los valores de OR, IC y p fueron indeterminados. En 22 gestantes adolescentes con antecedente de parto y a aborto se evaluó el periodo intergenésico menor a 2 años y mayor o igual a 2 años, donde el 95.45% tuvo óbito fetal y el 4.55% tuvo nacido vivo, con OR: 0.00; IC: -0.20 – 0.20; p=0.484.

TABLA N° 13: Antecedentes Gineco Obstétricos y Óbito Fetal después de las 28 semanas de Gestación: Antecedentes de embarazo anterior

Antecedentes Gineco Obstétricos: Embarazo Anterior		Óbito Fetal después de las 28 semanas									
		Si	%	No	%	Total	%	OR	IC 95%		valor P
Parto Anterior	Si Tuvo/Nunca Tuvo	43	36.75	74	63.25	117	100	0.53	-0.98	0.62	0.135
Tipo de Parto Anterior	Cesárea/Parto Normal	9	24.32	28	75.68	37	100	0.86	0.72	1.00	0.866
Antecedente de Aborto	Si Tuvo/Nunca Tuvo	43	36.75	74	63.25	117	100	0.95	0.89	1.01	0.932
Antecedente de Óbito Fetal	Si Tuvo/Nunca Tuvo	33	30.84	74	69.16	107	100	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado
Periodo Intergenésico	< 2 años / ≥ 2 años	13	25.49	38	74.51	51	100	4.38	4.26	4.49	0.025

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 13, muestra el análisis de asociación de embarazo anterior con óbito fetal después de las 28 semanas, se observa que solo existe asociación

significativa entre el periodo intergenésico y el óbito fetal después de las 28 semanas de embarazo en adolescentes. En 51 gestantes con periodo intergenésico < 2 años y ≥ 2 años, el 25.49% tuvo óbito fetal y e, 74.51% tuvo nacido vivo, con OR:4.38; IC 95%: 4.26 – 4.49, p=0.025; lo que significa que las adolescentes con antecedente de embarazo anterior y periodo intergenésico < de 2 años tienen 4.38 veces mayor riesgo de tener óbito fetal que las adolescentes con embarazo anterior y periodo intergenésico ≥ 2 años, después de las 28 semanas de gestación. No se encontró asociación significativa entre los demás factores de embarazo anterior y óbito fetal en las adolescentes después de las 28 semanas. En 117 adolescentes con y sin antecedente de parto anterior, el 36.75% tuvieron óbito fetal, mientras que el 63.25% no lo tuvieron, con OR:0.53, IC: -0.98 – 0.62, p=0.135; en 37 adolescentes que tuvieron parto entre cesárea y parto vaginal, el 24.32% tuvo óbito fetal, y el 75.68% tuvo nacido vivo, con OR: 0.86, IC: 0.72 – 1.00, p=0.866. En 117 adolescentes con y sin antecedente de aborto, el 36.75% tuvo óbito fetal y el 63.25% tuvo nacido vivo, OR: 0.95, IC: 0.89 – 1.01, p=0.932. Ninguna de las 107 adolescentes gestantes de 28 semanas a más presentó antecedente de óbito fetal por lo que se obtuvo OR, IC y p indeterminados.

TABLA N° 14: Antecedentes Gineco Obstétricos y Óbito Fetal antes de las 28 semanas de Gestación: Control Prenatal

Antecedentes Gineco Obstétricos: Control Prenatal		Óbito Fetal antes de las 28 semanas									
		Si	%	No	%	Total	%	OR	IC 95%		valor P
CPN	Ninguno / De 1 a 5 CPN	33	94.29	2	5.71	35	100	0.00	-0.17	0.17	0.181
	Ninguno / De 6 a más CPN	17	89.47	2	10.53	19	100	Indetermi na nado	Indetermi nado	Indetermi nado	Indetermi nado
	De 1 a 5 CPN / De 6 a más CPN	16	100.00	0	0.00	16	100	Indetermi nado	Indetermi nado	Indetermi nado	Indetermi nado
Edad Gestacional en el 1er CPN	15 a 27 semanas / ≤ 14 semanas	16	100.00	0	0.00	16	100	Indetermi nado	Indetermi nado	Indetermi nado	Indetermi nado
Patología en el embarazo	Si Tuvo / No presentó	33	91.67	3	8.33	36	100	31.00	30.91	31.09	0.001

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 14 muestra el análisis de la asociación entre el control prenatal y óbito fetal antes de las 28 semanas de embarazo en adolescentes, se observa asociación significativa con óbito fetal en el caso de patología del embarazo que

aparece antes de las 28 semanas de gestación. En 36 gestantes adolescentes con y sin patología en el embarazo, el 91.67% tuvo óbito fetal y solo el 8.33% tuvo nacido vivo, con OR: 31.00, IC: 30.91 – 31.09, $p=0.001$, que significa que las gestantes adolescentes con patología antes de las 28 semanas de gestación, tienen 31 veces más riesgo de óbito fetal, comparado con las que no presenten patología antes de las 28 semanas de gestación. No se encontró más asociaciones significativas entre los demás factores del Control Prenatal y el óbito fetal. En 35 gestantes con ningún control prenatal y con 1 a 5 controles, el 94.29% tuvieron óbito fetal y el 5.71% tuvieron nacido vivo, con OR: 0.00, IC: -0.17 – 0.17, $p=0.181$. En 19 gestantes adolescentes el 89.47% tuvo óbito fetal y el 10.53% tuvo nacido vivo, con OR, IC y p Indeterminados, 16 gestantes adolescentes que tuvieron 1 a 5 controles prenatales y 6 controles, el 100% tuvo óbito fetal y ninguna tuvo nacido vivo, con OR, IC y p Indeterminados, las 16 gestantes con óbito fetal iniciaron el control prenatal después de las 14 semanas, por tanto, también tuvieron OR, IC y p Indeterminados.

TABLA N° 15: Antecedentes Gineco Obstétricos y Óbito Fetal después de las 28 semanas de Gestación: Control Prenatal

Antecedentes Gineco Obstétricos: Control Prenatal		Óbito Fetal después de las 28 semanas									
		Si	%	No	%	Total	%	OR	IC 95%	valor P	
CPN	Ninguno / De 1 a 5 CPN	34	50.00	34	50.00	68	100	2.68	2.59	2.76	0.171
	Ninguno / De 6 a más CPN	16	27.12	43	72.88	59	100	10.37	10.18	10.56	0.001
	De 1 a 5 CPN / De 6 a más CPN	36	33.64	71	66.36	107	100	3.87	3.78	3.97	0.002
Edad Gestacional en el 1er CPN	15 a 27 semanas / \leq 14 semanas	33	34.74	62	65.26	95	100	1.99	1.89	2.09	0.117
	28 a más semanas / \leq 14 semanas	15	26.32	42	73.68	57	100	0.92	0.70	1.13	0.907
Patología en el embarazo	Si Tuvo / No presentó	43	36.75	74	63.25	117	100	1.65	1.58	1.73	0.306

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

En la tabla N° 15, se muestra el análisis de asociación entre el factor control prenatal y óbito fetal después de las 28 semanas de embarazo, donde se observa

que en 59 gestantes adolescentes que no tuvieron control prenatal y tuvieron de 6 a más controles, el 27.12% tuvieron óbito fetal y el 72.88% tuvieron nacido vivo, se obtuvo asociación significativa con OR: 10.37, IC: 10.18 – 10.56, $p=0.001$, lo que significa que las gestantes adolescentes de 28 semanas a más de gestación con ningún control prenatal tienen 10.37 veces mayor riesgo de tener óbito fetal después de las 28 semanas, que las gestantes adolescentes con 6 o más controles prenatales. En 107 gestantes adolescentes que tuvieron de 1 a 5 controles y que tuvieron de 6 a más controles prenatales, se obtuvo asociación significativa con OR: 3.87, IC: 3.78 – 3.97, $p=0.002$, lo que significa que las gestantes que solo tuvieron entre 1 y 5 controles prenatales tienen 3.87 veces más riesgo de tener de tener óbito fetal a partir de las 28 semanas de gestación, comparado con las adolescentes que tuvieron de 6 a más controles prenatales. No se encontró más asociaciones significativas entre los demás factores del control prenatal y óbito fetal. En 68 gestantes adolescentes que no tuvieron controles prenatales y las que tuvieron de 1 a 5 controles, el 50% presentó óbito fetal y el otro 50% tuvo nacido vivo, con OR: 2.68, IC: 2.59 – 2.76, $p=0.171$; en 95 gestantes adolescentes con inicio de control prenatal entre las 15 y 27 semanas y las que tuvieron antes de las 14 semanas, el 34.74% tuvieron óbito fetal y el 65.26% tuvo nacido vivo, con OR:1.99, IC: 1.89 – 2.09, $p=0.117$; en 57 gestantes adolescentes que iniciaron el control prenatal antes de las 14 semanas y de 28 semanas a más, el 26.32% tuvo óbito fetal y el 66.36% tuvo nacido vivo con OR: 0.92, IC: 0.70 – 1.13, $p=0.907$; en 117 gestantes que tuvieron y no tuvieron patología en el embarazo, 36.75% tuvieron óbito fetal y el 63.25% tuvieron nacido vivo, con OR: 1.65, IC: 1.58 – 1.73, $p=0.306$.

TABLA N° 16: Antecedentes Gineco Obstétricos y Óbito Fetal: Edad Gestacional al Momento del Parto

Edad Gestacional al Momento del Parto	Óbito Fetal									
	Si	%	No	%	Total	%	OR	IC 95%	valor P	
Antes de las 28 semanas / De 37 a 42 semanas	50	40.65	73	59.35	123	100	68.91	68.75	69.07	0.000

Entre las 28 y 36 semanas / De 37 a 42 semanas	43	36.13	76	63.87	119	100	21.72	21.64	21.80	0.000
--	----	-------	----	-------	-----	-----	-------	-------	-------	-------

Fuente: SIP 2000 HRP 2013-2018

La tabla N° 16 muestra el análisis de asociación entre la edad gestacional al momento del parto y el óbito fetal, se observa que existe asociación significativa entre el parto antes de las 28 semanas y óbito fetal, en 123 gestantes adolescentes con parto entre, antes de las 28 semanas y a partir de las 37 semanas, donde el 40.65% tuvo óbito fetal y el 63.87% tuvo nacido vivo, con OR:68.91, IC: 68.75 – 69.07, $p=0.0000$, lo que quiere decir que las gestantes adolescentes que tengan el parto antes de las 28 semanas de gestación podrían tener 68.91 veces más riesgo de tener óbito fetal que las adolescentes que iniciarían la labor de parto a partir de las 37 semanas. En 119 gestantes adolescentes que tuvieron el parto entre las 28 y más de 36 semanas de embarazo, el 36.13% tuvo óbito fetal y el 63.87% tuvo nacido vivo, se observó asociación significativa con OR: 21.72; IC: 21.64 – 21.80, $p=0.0000$, lo que significa que las gestantes adolescentes que tienen el parto a partir de las 28 semanas y hasta las 36 semanas podrían tener 21.72 veces más riesgo de tener óbito fetal que las adolescentes que tienen el parto a partir de las 37 semanas.

TABLA N° 17: ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ÓBITO FETAL

Factores Sociodemográficos		Óbito Fetal después de las 28 semanas			
		OR	IC 95%	valor P	
Grado de Instrucción	Primaria/Secundaria Completa + Superior Univ. y Superior No Univ.	80.00	79.97	80.37	0.003
	Secundaria Incompleta/Secundaria Completa + Superior Univ. y Superior No Univ.	3.14	3.02	3.27	0.036
Estado Civil	Soltera / Unión Estable (Convivientes + casadas)	2.51	2.43	2.60	0.034
Procedencia	Zona Rural/ Zona urbana + otra región	3.98	3.90	4.06	0.004

Fuente: *Elaboración propia*

La tabla N° 17, muestra los factores sociodemográficos asociados al óbito fetal en gestantes adolescentes a partir de las 28 semanas de embarazo. Se observa que el grado de instrucción de Primaria es un factor de riesgo para óbito fetal con OR: 80, IC: 79.97 – 80.37, $p=0.003$; el grado de instrucción de secundaria incompleta es factor de riesgo para óbito con OR: 3.14, IC: 3.02 – 3.27 y $p=0.036$. El estado civil de soltera es un factor de riesgo para óbito fetal después de las 28 semanas de gestación en las adolescentes, con OR: 2.51, IC: 2.43 – 2.60; $p=0.034$. La procedencia de zona rural es un factor de riesgo para óbito fetal también después de las 28 semanas de gestación en las adolescentes, con OR: 3.98, IC: 3.90 – 4.06, $p=0.004$. No se encontraron factores de riesgo sociodemográficos para óbito fetal antes de las 28 semanas de gestación en las adolescentes del estudio.

TABLA N° 18: ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS ANTECEDENTES GÍNECO OBSTÉTRICOS Y ÓBITO FETAL

Antecedentes Gineco Obstétricos		OR	IC 95%		valor P
Patología en el Embarazo, antes de las 28 semanas	Si presentó/ No presentó	31.00	30.91	31.09	0.001
Periodo Intergenésico - Óbito Fetal después de las 28 semanas	Periodo Intergenésico < 2 años / Periodo Intergenésico \geq 2 años	4.38	4.26	4.49	0.025
Óbito Fetal después de las 28 semanas	Ningún CPN / De 6 a más CPN	10.37	10.18	10.56	0.001
Óbito Fetal después de las 28 semanas	De 1 a 5 CPN / De 6 a más CPN	3.87	3.78	3.97	0.002
Parto antes 28 semanas	Antes de las 28 semanas / De 37 a 42 semanas	68.91	68.75	69.07	0.0000
Parto después de las 28 semanas	Entre las 28 y 36 semanas / De 37 a 42 semanas	21.72	21.64	21.80	0.0000

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 18 muestra los antecedentes Gineco Obstétricos asociados al óbito fetal en gestantes adolescentes. La patología que se presente en el embarazo antes de las 28 semanas es un factor de riesgo para óbito fetal antes de las 28 semanas con OR: 31.00, IC: 30.91 – 31.09, $p=0.001$. El periodo intergenésico <

de 2 años es un factor de riesgo para óbito fetal después de las 28 semanas de gestación con OR: 4.38, IC: 4.26 – 4.49, $p=0.025$. El no tener ningún control prenatal es un factor de riesgo para óbito fetal después de las 28 semanas de gestación con OR: 10.37, IC: 10.18 – 10.56, $p=0.001$; así también el tener entre 1 a 5 controles prenatales es factor de riesgo para óbito fetal después de las 28 semanas de gestación con OR: 3.87, IC: 3.78 – 3.97, $p=0.002$. El parto Pretérmino entre las 22 y 27 semanas de gestación es un factor de riesgo muy alto para óbito fetal con OR: 68.91, IC: 68.75 – 69.07, $p=0.0000$, así también el parto Pretérmino entre las 28 y 36 semanas de gestación es un factor de riesgo muy alto para óbito fetal con OR: 21.72, IC: 21.64 – 21.80, $p=0.0000$.

5.3. **Discusión de resultados**

Entre los factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes, que son los objetivos del presente estudio, se encontraron factores sociodemográficos como grado de instrucción Primaria con OR: 80, IC: 79.97 – 80.37, $p=0.003$, lo que significa que el hecho de que las gestantes adolescentes que solo hayan cursado algún grado de primaria o primaria completa sin llegar a estudios de secundaria, tienen 80.37 veces más el riesgo de óbito fetal que las gestantes adolescentes que hayan terminado la secundaria e iniciado estudios superiores, ocurre lo contrario en el estudio de Cárdenas E 2018 en Iquitos, en donde el grado de instrucción primaria no tuvo asociación con el óbito fetal, pero en el caso del estudio de Gudiel L, 2018 de Cusco, muestra que el grado de instrucción menor a 6 años coincidente con el tiempo de los estudios de primaria muestra que existe asociación significativa y que este hecho en una región de la Sierra del Perú incrementaría en 3.273 veces más el riesgo de tener óbito fetal independientemente de la edad cronológica de la madre, así mismo en estudio de Vivas M y col, en Colombia 2016, hace mención de que el nivel educativo básico de primaria, secundaria y media profesional tiene asociación altamente significativa con la muerte fetal, independientemente de la edad de la madre, y en el presente estudio con madres adolescentes se muestra que el grado de instrucción de Secundaria Incompleta con OR: 3.14, IC: 3.02 – 3.27 y $p=0.036$ se asocia significativamente con óbito fetal en el embarazo adolescente. El estado civil soltera con OR: 2.51, IC: 2.43 – 2.60, $p=0.034$ que se asocia significativamente con el óbito fetal de las gestantes adolescentes

no es un factor observado en los estudios revisados para el presente estudio. En cuanto a la procedencia de las gestantes adolescentes, en el presente estudio se obtuvo que la procedencia de zona rural con OR: 3.98, IC: 3.90 – 4.06, $p=0.004$, a partir de las 28 semanas de gestación, incrementa en 3.98 veces más el riesgo de óbito fetal en las gestantes adolescentes comparadas con las que viven en zona urbana, solo se encontró en el estudio de Vivas y col. Del 2016 en Colombia que más bien la procedencia de zona urbana, pero en las gestantes adultas tienen asociación con alta significancia estadística con el riesgo de tener óbito fetal.

En cuanto a los antecedentes gineco obstétricos que se constituyen en factores de riesgo para óbito fetal en el presente estudio, se encontró que el tener patología antes de las 28 semanas de embarazo con OR: 31.00, IC: 30.91 – 31.09, $p=0.001$, significa que el hecho de tener una patología que puede complicar el embarazo en la adolescente, incrementa en 31 veces el hecho de tener óbito fetal antes de las 28 semanas de gestación, riesgo del que también se menciona en los estudios de Vivas M y col 2016 de Colombia, donde menciona que el hecho de tener complicaciones obstétricas implica mayor riesgo de asociación con óbito fetal, independientemente de la edad cronológica de la madre y de la edad gestacional, pero más bien en el estudio de Saucedo L 2016 Honduras, se observa que las patologías del embarazo tienen asociación altamente significativa con el óbito fetal y más aún el Oligohidramnios que tiene 6 veces más riesgo de ocasionar muerte fetal pero en forma tardía o después de las semanas del embarazo. Otro estudio de Venezuela de Tinedo y col, también menciona que las muertes fetales tardías fueron generalmente por complicaciones del embarazo, entre ellas las hemorragias. El estudio de Cusco de Gudiel L 2018, también menciona patologías asociadas a riesgo de óbito fetal como el polihidramnios y el desprendimiento de placenta independientemente de la edad gestacional. El periodo intergenésico menor de 2 años, en el presente estudio, se asocia a óbito fetal después de las 28 semanas con OR: 4.38, IC: 4.26 – 4.49, $p=0.025$; es decir que el periodo intergenésico menor de 2 años incrementa en 4.38

veces el riesgo de tener óbito fetal en las gestantes adolescentes, similar pero independientemente de la edad gestacional ocurre en el estudio de Cárdenas E 2018 de Iquitos que refiere que el periodo intergenésico corto es un factor de riesgo asociado a muerte fetal en gestantes adolescentes; lo contrario con el periodo intergenésico largo e independientemente de la edad gestacional y cronológica de la madre, ocurre en el estudio de Rodríguez K 2018 de Pucallpa. En el presente estudio, el no tener control prenatal con OR: 10.37, IC: 10.18 – 10.56, $p=0.001$, así como el solo tener entre 1 a 5 controles prenatales con OR: 3.87, IC: 3.78 – 3.97, $p=0.002$, son factores de riesgo de óbito fetal después de las 28 semanas del embarazo es decir en más 10 veces y casi 4 veces, respectivamente, se incrementa el riesgo de tener óbito fetal en las gestantes adolescentes el no tener ningún control prenatal o el tenerlo en número menor de 6 controles, tal como lo mencionan también los estudios nacionales como el de Gudiel L 2018 de Cusco en el caso de controles prenatales menor de 6 se encuentra asociado a óbito fetal independientemente de la edad gestacional y cronológica de la madre. El estudio de Cárdenas E 2018 de Iquitos si menciona que CPN inadecuado tiene asociación con el óbito fetal en gestantes adolescentes y el estudio de Rodríguez K 2018 de Pucallpa independientemente de la edad gestacional refiere que el control prenatal deficiente es el principal factor asociado al óbito fetal. La edad gestacional antes de 28 semanas al momento del parto es factor de riesgo para óbito fetal con OR: 68.91, IC 95%: 68.75 – 69.07, $p=0.0000$ y entre las 28 y 36 semanas con OR: 21.72, IC 95%: 21.64 – 21.80, $p=0.0000$, son aspectos que se evaluaron de todos modos en el presente estudio, solo para confirmar las veces en las que se incrementa el riesgo en caso de que los fetos estuvieran vivos al iniciarse el trabajo de parto.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que:

1. Los factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes, son los factores sociodemográficos como grado de instrucción Primaria, Secundaria Incompleta, estado civil soltera y procedencia de zona rural, a partir de las 28 semanas de gestación; y antecedentes gineco obstétricos que se constituyen en factores de riesgo como son: tener patología antes de las 28 semanas de embarazo, periodo intergenésico menor de 2 años, después de las 28 semanas; el no tener control prenatal así como el solo tener entre 1 a 5 controles, también son factores de riesgo para óbito fetal después de las 28 semanas del embarazo en las adolescentes; así también que el parto se produzca antes de las 37 semanas se constituye en un factor de riesgo muy alto para óbito fetal.
2. Se determinaron 4 factores sociodemográficos de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes de 28 a más semanas, tales como el grado de instrucción primaria con OR: 80, IC: 79.97 – 80.37, $p=0.003$, secundaria incompleta con OR: 3.14, IC: 3.02 – 3.27 y $p=0.036$, el estado civil de soltera con OR: 2.51, IC: 2.43 – 2.60, $p=0.034$ y la procedencia de zona rural con OR: 3.98, IC: 3.90 – 4.06, $p=0.004$.
3. Se determinaron 8 antecedentes gineco obstétricos que se constituyen en factores de riesgo para óbito fetal antes de las 28 semanas y después de las 28 semanas en gestantes adolescentes, tales como, presencia de patología en el embarazo antes de las 28 semanas del embarazo con OR: 31.00, IC: 30.91 – 31.09, $p=0.001$, el periodo intergenésico < de 2 años es factor de

riesgo para óbito fetal después de las 28 semanas de embarazo con OR: 4.38, IC: 4.26 – 4.49, $p=0.025$; el no tener ningún control prenatal con OR: 10.37, IC: 10.18 – 10.56, $p=0.001$ y el tener entre 1 y 5 controles prenatales con OR: 3.87, IC: 3.78 – 3.97, $p=0.002$, son factores de riesgo para óbito fetal después de las 28 semanas de gestación; la edad gestacional al momento del parto también se constituye en factor de riesgo para óbito fetal con OR: 68.91, IC: 68.75 – 69.07, $p=0.0000$ si el parto se produce antes de las 28 semanas y con OR: 21.72, IC: 21.64 – 21.80, $p=0.0000$ después de las 28 semanas.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones

1. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención deben seguir ampliando sus actividades hacia la comunidad de las zonas rurales, con promoción de la salud, en específico sobre el derecho a la salud y a la educación para un futuro saludable, incidir en la prevención del embarazo en adolescentes, en el riesgo de muerte materna que implica para la madre adolescente y sobre como el solo tener grado de instrucción primaria o secundaria incompleta, el ser madre soltera y pertenecer a una comunidad en zona rural que tiene difícil acceso a servicios de salud y educación hacen que se incremente el riesgo de muerte en el bebé por nacer, de la madre gestante adolescente y el significado social y de subdesarrollo del país que implica la mortalidad de los y las adolescentes y la mortalidad perinatal donde se incluyen a los bebés que mueren antes de nacer.
2. Por ser el embarazo una situación de riesgo en la mujer adolescente, el nivel II de atención debe sumarse con actividades preventivo promocionales de la salud sexual y reproductiva en apoyo a las actividades del primer nivel de atención para la prevención del embarazo en adolescentes, dando a conocer sobre como el embarazo en la adolescencia incrementan las posibilidades de muerte materna y la del niño por nacer.
3. En ambos niveles de atención se debe continuar con la investigación científica en cuanto a los riesgos en que incurren las adolescentes cuando llegan a ser gestantes a través de la mejora continua de los registros clínicos tanto físicos como en la fuente secundaria como es el SIP 2000, el cual es una

herramienta que ayuda en la gestión de todo recurso para la mejora de indicadores de salud sexual y reproductiva.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **Carbajal J, Carranza R**, Manual de Obstetricia y Ginecología, Glosario de Términos, Muerte Fetal Pág. 18. IX Edición 2018, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile.
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
2. MINSALUD Colombia, Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, Equipo Maternidad Segura Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía 29-12-2017 versión 04.
<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20neonatal.pdf>
3. **BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ**. Situación de la Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal en el Perú, hasta la SE 14 2019. Defunciones Fetales. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; VOLUMEN 28 - SE 14. Semana Epidemiológica (del 31 de marzo al 06 de abril) ISSN 2415-0762 (versión electrónica) pág. 348 www.dge.gob.pe
4. **Salvador J, Maradiegue E**; Muerte Fetal: Incidencia, Causas y Factores de Riesgo, Hospital Nacional Cayetano Heredia 1992-1993.
[file:///C:/Users/pc/Downloads/1657-5887-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/1657-5887-1-PB%20(1).pdf)

5. **DIRIS Lima Norte**, Mortalidad Perinatal y Neonatal en la DIRIS Lima Norte. ASIS 2018. Análisis de la Situación de Salud 2018, Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. Pág. 115.
<http://www.dirislimanorte.gob.pe/wp-content/uploads/2019/01/asis-2018.pdf>
6. **BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ**. Situación de la Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal en el Perú, hasta la SE 14 2019. Defunciones Fetales. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; VOLUMEN 28 - SE 14. Semana Epidemiológica (del 31 de marzo al 06 de abril) ISSN 2415-0762 (versión electrónica) pág. 349 www.dge.gob.pe
7. **INEI**; Perú: Fecundidad Adolescente, Síntesis Estadística, Fecundidad de las adolescentes según ámbito geográfico. Pág. 8. noviembre 2016.
<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/fecundiad-adolescente.pdf>
8. **DIRESA Ucayali**. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. Mortalidad Materna y Acceso a los Servicios De Salud en la Región Ucayali. Registro HIS 2019. PPT. Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Dirección de Atención Integral de Salud, Salud Sexual y Reproductiva, Mesa Técnica de Salud.
9. **Tinedo M, y col.** La Mortalidad Perinatal incluye a la Muerte Fetal, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375947694008>
10. **Arriaga E**, (1995). «Los Años de Vida Potencialmente Perdidos: Su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad». Repositorio de la Cepal. Consultado el 19 de septiembre de 2018.
11. **MINSA, OEASIST/OGE**, Razón de Años de Vida potencialmente Perdidos. INFORMACIÓN DE MORTALIDAD. OPSPerú2000.

http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/SalaSituacional/04_Mortalidad.pdf

12. **Rodríguez K**, Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Fetal en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa 2013 – 2018, Tesis de Medicina. Universidad Nacional de Ucayali, Facultad de Medicina Humana, Pucallpa 2019._
<http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4124/000003960T-MEDICINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. **Cárdenas E**, Factores de Riesgo Gineco-Obstétricos y Sociodemográficos Asociados a Muerte Fetal Intrauterina en Gestantes Adolescentes, Atendidas en el Hospital Iquitos, del Año 2013 al 2018, Tesis Medicina, Universidad Nacional de La Amazonía Peruana UNAP, Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas”, Iquitos Perú2019._
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/6299>
14. **Gudiel L**, Factores Asociados a Muerte Fetal Intrauterina en Pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2018, Tesis Medicina, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, Cusco - Perú, 2019._
http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/4029/253T20190224_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. **Tinedo M, y col.** Caracterización Epidemiológica de las muertes fetales, Rev. Salus Universidad Carabobo Venezuela, 20(2):37-43.2016 Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375947694008>
16. **Sauceda Hernández limberd stanly** 2016 Factores causales asociados a óbito fetal tardío extra hospitalario Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula

17. **Vivas M y Col**, Mortalidad Fetal en Madres Adolescentes y Adultas, Un Problema de Salud Pública, Departamento Norte de Santander, Colombia. Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia 2019.
<https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/159548>
18. **Duque de Estrada J**. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatología. 2011; 39(2): 111-9_
[https://www.researchgate.net/publication/287501543 Factores de riesgo en la prediccion de las principales enfermedades bucales en los ninos](https://www.researchgate.net/publication/287501543_Factores_de_riesgo_en_la_prediccion_de_las_principales_enfermedades_bucal_es_en_los_ninos)
19. **Carbajal J, Carranza R**, Manual de Obstetricia y Ginecología, Salud Pública Materno Perinatal e Infantil - Glosario de Términos, Muerte Fetal Pag. 18. IX Edición 2018, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile.
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
20. **Definición ABC**, Definición de Óbito Fetal. Ciencia. Tu Diccionario Hecho Fácil. <https://www.definicionabc.com/ciencia/obito.php>
21. **Pérez J y Merino M**, Definicion.de: Definición de adolescencia. Publicado: 2008. Actualizado: 2012. <https://definicion.de/adolescencia/>
22. **PLAN Internacional**, Embarazo Adolescente, Fundación Plan International España, sin fines lucrativos <https://plan-international.es/por-ser-nina/campana/embarazo-adolescente-0>
23. **Pacora P, Capcha E, Esquivel L, Ayala M, Ingar W, Huiza L**, La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido, Anales de la Facultad de Medicina 2005

66(4), Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima ISSN 1025 – 5583
Págs. 282-289.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000400005

24. **La Nación:** Embarazo en la Adolescencia, pone en riesgo la Salud de la Madre y del Bebé. 13 de junio 2012.
<https://www.nacion.com/ciencia/embarazo-en-adolescencia-pone-en-riesgo-salud-de-madre-y-bebe/MYUESNQ4LJFDXGTILCBBQ6K5DQ/story/>
25. **Cañamero S.** Causas de muerte fetal en el embarazo. Por qué se produce en algunos embarazos la muerte del feto. guiainfantil.com. 9 de diciembre 2015.
Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/blog/917/que-puede-pasar-a-tu-bebe-si-estas-embarazada-y-bebes-alcohol.html>
26. **Pérez J y Gardey A,** Definicion.de: Definición de Características Físicas. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. Disponible en: <https://definicion.de/caracteristicas-fisicas/>
27. **Docsity,** Historia Clínica Parte II, Antecedentes Gineco obstétricos. Disponible en: <https://www.docsity.com/es/historia-clinica-de-ingreso-hospitalario-para-internos/4468730/>
28. **Diccionario del Embarazo,** Una mami que se mima: Significado de Paridad. Tercera Entrega. 2017._
<http://www.unamamiquesemima.com/category/embarazo/>
29. **Cárdenas LI.** Antecedente de Aborto, Pág. 26. Factores de riesgo para el aborto en el Hospital Belén de Trujillo, diciembre- agosto 2014. Tesis de pregrado. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Departamento de investigación; 2014._
http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/5013/T010_74698150_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

30. **Matrona online. Net** Periodo Intergenésico, ¿Cuánto tiempo Esperar entre Un Embarazo y Otro? <http://matronaonline.net/periodo-intergenesico-cuanto-esperar-entre-un-embarazo-y-otro/> nov. 2014.
31. **Domínguez L y Vigil-De Gracia:** PEI intervalo intergenésico: Un Factor de Riesgo para Complicaciones Obstétricas y Neonatales. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario de la Caja del Seguro Social de Panamá. Ciudad de Panamá Panamá Vol. 32 N° 3 2005
<https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-el-intervalo-intergenesico-un-factor-S0210573X05734870>
32. **Dickens K,** Vía del Parto y repercusiones sobre el Neonato, <https://es.slideshare.net/dickenskevin/via-del-parto-y-repercusiones-sobre-el-neonato>
33. **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog),** Guía de control prenatal y factores de riesgo. <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
34. **Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud.** Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud; 2004. Disponible en:
<http://www.inppares.org/sites/default/files/Guia%20nacional%20de%20atencion%20SSR.PDF>
35. **Voto L y Col.** Consenso Parto Pretérmino. http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Part0_Pretérmino.pdf

36. **Definiciones utilizadas en el censo del mercado de trabajo.** Definiciones relativas a individuos. Definiciones generales: Nivel de instrucción. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/CMTO oferta2002Doc.4.Definiciones.pdf
37. **Nuevas profesiones,** disponible en: http://servicios.aragon.es/redo_docs/guias_ol/docs/nuevas_profesiones.pdf
38. **Real Academia Española,** Diccionario del Estado Jurídico, Estado Civil. Disponible en: <https://dej.rae.es/lema/estado-civil>
39. **Chambi F.** Definición de Convivencia en Pareja. Factores Asociados a Complicaciones Obstétricas y Perinatales en Gestantes Adolescentes, atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de junio a diciembre 2018. Tesis de Grado de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional del Altiplano. Puno 2019. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11151>
40. **Definición. ABC.** Definición de Procedencia. <https://www.definicionabc.com/general/procedencia.php>
41. **Hernández R, Fernández C, Baptista P.** Metodología de la Investigación, Diseños No Experimentales, Investigación No experimental. Página 152. sexta edición, McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2014. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
42. **Hernández R, Fernandez C, Baptista P.** Metodología de la Investigación, Tipo de Diseños No Experimentales, Investigación transeccional o transversal.

Página 154. sexta edición, McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2014.

<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

43. **Hernández R, Fernández C, Baptista P.** Metodología de la Investigación, Características que posee el enfoque cuantitativo de Investigación. Página 5. sexta edición, McGraw-Hill /INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2014 <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

44. **Lazcano E, Salazar E, Hernández M,** Estudios Epidemiológicos de Casos y Controles. Fundamento Teórico, Variantes y Aplicaciones. 2001. <https://www.scielosp.org/article/spm/2001.v43n2/135-150/>

45. **Supo J,** nivel relacional. Portafolio de Aprendizaje para la Docencia en Investigación Científica. Bioestadístico Masterclass Guatemala 2017. <https://upla.edu.pe/wp-content/uploads/2017/12/3-UPLA-Portafolio-AprendizajeDocencia-en-investigaciónCientífica.pdf>

46. **Anderson M, Nelson A,** Enfoque en Epidemiología de Campo, Análisis de Datos: pruebas Estadísticas Simples, Medidas de Asociación. Volumen 3, Número 6.

ANEXOS

ANEXO N°1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADAS A ÓBITO FETAL EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO 2013 - 2018

I. DIMENSIÓN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.	Edad	a) <15 b)15-19
2.	Grado de Instrucción	a) primaria b) secundaria c) superior
3.	Estado Civil	a) soltera b) unión estable
4.	Ocupación	a) Estudiante colegio b) estudiante universidad o instituto c) ama de casa d) independiente
5.	Procedencia	a) urbana b) rural

II. DIMENSION FACTORES GÍNECO OBSTÉTRICOS:

1.	Aborto	a) Si b) No
2.	Parto Anterior	a) Si b) No
3.	Periodo Intergenésico	a) adecuado b) Inadecuado c) No aplica
4.	Vía del Parto anterior	a) Vaginal b) Cesárea c) No aplica
5	Edad Gestacional en el 1er CPN	a) ≤14 semanas b)>14 semanas y <28 semanas c) ≥28 semanas
6	N° de CPN	a) Ninguno b) <6 CPN c)6 CPN d)>6CPN
7	Presencia de Patología en el Embarazo	a) Si b) No

III. VARIABLE OBITO FETAL

DIMENSION TIPOS:

1	Muerte Fetal Temprana	Semanas 20 y 27.	
2	Muerte Fetal Tardía	A partir de la semana 28 de gestación	

ANEXO N° 2: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Diana Liz Blas Gutierrez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulado: Factores de Riesgo Asociados al Utero

en el contexto de la Atención en el Hospital Regional de Pucallpa en el Perú

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1		
2. La estructura del instrumento es adecuado	1		
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1		
5. Los ítems son claros y entendibles	1		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	1		

SUGERENCIAS: Aplicable


DIANA LIZ BLAS GUTIERREZ
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
COP 35837



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): *Melissa Amparito Villacorta Dávila*

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: *Factores de Riesgo Asociados al Parto Precoz en Gestantes Adolescentes Atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013-2018*

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1		
2. La estructura del instrumento es adecuado	1		
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1		
5. Los ítems son claros y entendibles	1		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	1		

SUGERENCIAS:

Aplicable

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Melissa A. Villacorta Dávila
OBSTETRICIA
COP: 31160

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Cleddy Rivera Mallqui

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: Factores de Riesgo Asociados al Óbito Fetal en Gestante Adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013-2018

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1		
2. La estructura del instrumento es adecuado	1		
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1		
5. Los ítems son claros y entendibles	1		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	1		

SUGERENCIAS: Aplicable



NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	JUECES			VALOR
	J1	J2	J3	P
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	1	1	3
2. La estructura del instrumento es adecuada	1	1	1	3
3. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1	1	1	3
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	3
5. Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	3
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	3
TOTAL	3	3	3	18

Prueba de concordancia:

$$B = \frac{18}{18 + 0} \times 100 = 1$$

$$B = 1$$

Interpretación:

La validez del instrumento es perfecta

**ANEXO N° 3
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TITULO DEL PROYECTO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ÓBITO FETAL EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO 2013 – 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PP: ¿Existen factores de riesgo asociados a óbito fetal, en gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013 – 2018?</p> <p>PE1: ¿Existen factores de riesgo sociodemográficos, asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes?</p> <p>PE2: ¿Existen antecedentes Gineco-obstétricos que constituyen factores de riesgo, asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes?</p>	<p>OP: Determinar los factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013 – 2018</p> <p>OE1: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos, asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes.</p> <p>OE2: Determinar los antecedentes gineco-obstétricos que constituyen factores de riesgo, asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes.</p>	<p>HP: Existen factores de riesgo, asociados significativamente a óbito fetal en gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013 – 2018</p> <p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores sociodemográficos tienen asociación significativa al óbito fetal en gestantes adolescentes. • Los antecedentes Gineco-obstétricos constituyen factores de riesgo significativo asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes. 	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Factores de Riesgo de las Gestantes Adolescentes</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Óbito Fetal</p>	<p>Factor Sociodemográficos</p> <p>Factor Gineco-Obstétricos</p> <p>Muerte Fetal Temprana</p> <p>Muerte Fetal Tardía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de Instrucción • Estado Civil • Ocupación • Procedencia • Antecedente de Aborto • Parto Anterior • Antecedente de óbito fetal • Periodo IG • Vía de Parto Anterior • EG en 1er CPN • N° de CPN • EG al momento del Parto • Presencia de Patología en el Embarazo • Semanas 23 a 27 por Examen Físico. • A partir de la semana 28 de gestación, por Examen Físico 	<p>Estudio Observacional</p> <p>De Corte Transversal</p> <p>Retrospectivo</p> <p>De Asociación</p> <p>Casos y Controles</p> <p>Casos: Recién nacidos óbitos fetal de madres Adolescentes ≤19 años.</p> <p>Controles: Recién nacidos vivos de madres adolescentes ≤19 años.</p>