



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

**FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS MATERNOS ASOCIADOS A
OBITO FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE
EL PERIODO ENERO 2012 A DICIEMBRE DEL 2014**

TESIS PRESENTADO POR:

BACHI. LUZ MIREDY SHUÑA AMASIFUEN

PARA OPTAR

TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

NOVIEMBRE- 2015

INDICE

CARATULA.....	I
PAGINAS PRELIMINARES.....	II
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.5 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN	9
1.6 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	10
1.7 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.8 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	13
1.10 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
MARCO TEORICO	16
2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION.....	16
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONAL.....	16
2.1.2. BASES TEÓRICAS.....	26
2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	42
III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .	44

CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES.....	70
FUENTES DE INFORMACION.....	71
ANEXOS	74

DEDICATORIA

A mis padres Dorali Amasifuen Taricuarima y Luis Shuña Isuiza por todo el esfuerzo realizado al ayudarme con mis estudios para el cumplimiento de mis metas y ser mejor persona guiándome por el mejor camino y enseñarme que todo esfuerzo viene acompañado de éxitos y satisfacción.

..

AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

RESUMEN

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. En tal sentido, se desarrolló el trabajo denominado factores socio demográficos maternos asociados a óbito fetal, cuyo objetivo fue determinar los factores socio demográficos maternos asociados óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa. **METODOLOGIA:** Se trata de un estudio descriptivo simple de corte transversal. Es descriptivo simple, ya que busca denotar características importantes de la población en estudio. Es de corte transversal ya que se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo. **MATERIAL Y METODO:** la población estuvo conformada por todas las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, revisándose 93 historias clínicas correspondientes al total de los casos registrados durante el periodo de estudio, cuyos datos fueron registrados en una matriz de recolección de datos y posteriormente analizados los resultados. **RESULTADOS:** El análisis estadístico de los 93 casos estudiados mediante la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, mostro una significancia de 0,193 al cruzarse las variables de la hipótesis principal, cumpliéndose $p < 0,05$ por lo que existe significancia estadística en la relación entre la edad materna, el insuficiente número de atenciones prenatales y gestantes con diagnóstico de óbito fetal. **CONCLUSION:** La edad materna y el insuficiente número de atenciones prenatales son factores sociodemográfico maternos que se asocian con mayor frecuencia a óbito fetal en gestantes atendidas. Finalmente se encontró significancia estadística en la relación entre la edad materna, el insuficiente número de atenciones prenatales y gestantes con diagnóstico de óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 – Diciembre del 2014. **Palabras clave:** Óbito fetal, factores socio demográficos.

ABSTRACT

Fetal death is one of the most difficult to face obstetric accidents. Both the pregnant woman and the fetus, despite meeting a purely physiological process such as pregnancy, character are exposed to a number of risks that threaten their health and lives. Among the complications are likely stillbirth. In this regard, the work developed called maternal sociodemographic factors associated with stillbirth in the regional hospital of Pucallpa during the period January 2012 to December 2014, whose aim was to determine the maternal sociodemographic factors associated with stillbirth in the Regional Hospital Pucallpa, located in the Department of Ucayali.

METHODOLOGY. This is a simple descriptive cross-sectional study. It is simple descriptive, as it seeks to denote important characteristics of the study population. It is transversal since the variables were studied simultaneously at one point making a cut in time.

Methods and material: The population consisted of all pregnant women diagnosed with fetal death that took care in the Department of Gynecology and Obstetrics of the Regional Hospital of Pucallpa, reviewing 93 for the total number of cases recorded during the study period medical records, whose data was recorded in a matrix of data collection and then analyzed the results.

RESULTS: Statistical analysis of the 93 cases studied by the chi Pearson Square, showed a significance of 0.193 to intersect the principal variables hypothesis, fulfilling $p < 0.05$ so there is statistical significance in the relationship between maternal age, inadequate number of prenatal care and pregnant women diagnosed with death fetal.

CONCLUSION:. The maternal age and the insufficient number of prenatal care are maternal sociodemographic factors associated with fetal death more often in pregnant underserved. December 2014 - finally statistical significance in the relationship between maternal age, inadequate number of prenatal care and pregnant women with diagnosis of fetal death in the Regional Hospital of Pucallpa during the period January found.

Keywords: fetal death, socio-demographic factors.

INTRODUCCION

En 1950 la Organización Mundial de la Salud definió la muerte fetal como "la muerte antes de la expulsión completa de su madre de un producto de la gestación, independientemente de la duración del embarazo; el feto no respira o muestra algún otro signo de vida. Asimismo, recomendó que la muerte fetal sea clasificada como precoz (<20 semanas completas de gestación desde la fecha de la última menstruación), intermedia (20 a menos de 28 semanas), tardía (28 semanas completas o más), o no clasificable.

En 1975 se revisa nuevamente la definición y se adopta la que continúa vigente hasta la actualidad.

En todo el mundo, alrededor de 3 millones de recién nacidos fallecen por muerte fetal intrauterina cada año. Más de 8200 bebés al día. La tasa de muerte fetal intrauterina varía considerablemente, así mientras en países desarrollados como Norteamérica esta tasa es de solo 6,4 por mil nacidos vivos, en países del tercer mundo como Nigeria llegó a 63 por mil, una cifra 10 veces mayor. En el Perú, Milla en el 2005 reportó una tasa de muerte fetal de 13,48 por 1000 nacidos vivos siendo menor a la reportada para Latinoamérica 17,6 por 1000 nacidos vivos.

Existen factores sociodemográficos maternos asociados a óbito fetal, estudiados y reportados en diversos trabajos en diferentes partes del mundo; asimismo, en el Perú se han registrado antecedentes de estos estudios. Sin embargo, tenemos referencias de trabajos en la región oriente del país, cuya dinámica social tiene sus propias características y particularidades. Tomando en consideración estos aspectos, se realizó la presente investigación, cuyo objetivo fue determinar los factores sociodemográficos maternos asociados a óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014, siendo sus resultados un aporte al desarrollo de acciones de tipo preventivas y de

promoción de la salud para contribuir a la reducción de la mortalidad perinatal durante la gestación.

Se establecieron como variables de estudio: variable independiente factores sociodemográficos maternos, que se define como toda circunstancia o situación que aumenta las posibilidades de una muerte fetal, siendo estos factores insuficiente atención prenatal, inicio de la atención prenatal, edad materna, nivel educativo, paridad y procedencia; como variable dependiente óbito fetal que se define como la muerte del feto que ocurre a partir de la semana 22 de gestación previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo; ya sea menor o igual a 28 semanas, entre 29 y 36 semanas, entre 37 y 41 semanas, mayor o igual a 42 semanas. La **población** estuvo constituida por todas las gestantes con diagnóstico óbito fetal atendidas en los servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización del Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo Enero 2012 – Diciembre del año 2014, siendo en total 93 gestantes. Por su número la muestra estuvo constituida por el total de casos de gestantes con diagnóstico de óbito fetal. Se realizó el análisis estadístico de los 93 casos estudiados mediante la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, considerando que la diferencia es significativa cuando $p < 0.05$.

El informe consta de tres capítulos planteamiento metodológico, marco teórico y presentación, análisis e interpretación de resultados.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestas a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina.¹

En la mayoría de casos de muerte fetal la causa es desconocida, siendo los problemas más frecuentemente asociados: la anoxia intrauterina, las malformaciones congénitas y la prematurez. La muerte fetal es más frecuente en las madres que no reciben atención prenatal adecuada, por lo que debe haber un mayor énfasis en la atención prenatal. Los factores que se han considerado más importantes desde el punto de vista fetal son anomalías cromosómicas, fetos pre términos, bajo peso, sexo masculino y embarazo gemelar. La causa de la muerte fetal

permanece desconocida en la mitad de los casos, encontrándose como factor común en estos casos la restricción del crecimiento fetal.²

El factor edad es uno de los determinantes en la salud fetal, donde cerca del 10% de las mujeres con edades entre 20 y 30 años presentan muerte fetal intrauterina, incrementándose el riesgo de óbito a medida que avanza la edad (Faneite y cols).³

En estudios realizados por Carrillo y cols. En Colombia, se encontró que la edad más frecuente era en mayores de 28 años. Rodríguez y Hernández encontraron una asociación significativa entre muerte fetal tardía y edades maternas menores a 20 años y entre 30 y 34 años. Sin embargo, en otros estudios, se encontró que la mayor frecuencia de óbito fetal estaba en madres con edad entre 25 y 29 años, pero con mayor riesgo en aquellas con edad superior a 35 años. En la presente investigación el 23% de las mujeres eran mayores de 35 años de edad, sin embargo el 20% tenían una edad menor a 20 años, lo cual significa que el riesgo del óbito fetal está presente no sólo en edades mayores sino también en la adolescencia. Nuestros resultados coinciden con la experiencia chilena de Donoso y cols quienes encontraron que las edades más frecuentes asociadas a la muerte fetal tardía son las correspondientes a madres jóvenes o a las mayores de 35 años.³

La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; en el Perú representa el 56%. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida, de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo.⁴

OMS/OPS estiman que en el año 2001, la mortalidad fetal estaba cercana al 35 por mil en nuestro país, lo cual está muy por encima de un

nivel deseable. En un estudio en el Hospital San Bartolomé Lima, la muerte fetal estuvo asociada a prematuridad (60,5%), defecto nutricional/vascular (78,1%), privación social (60,8%), anomalías congénitas anatómicas (14,6%) y respuesta inflamatoria (12,9%).⁵

En Perú es cada vez más evidente que la etapa perinatal es la más crítica y la que presenta mayor riesgo de enfermar y morir. Según el Estado Mundial de la Infancia 2009, la UNICEF informa que la mortalidad neonatal en el Perú fue de 11 por 1000 nacidos vivos, la mortalidad infantil 17 y la mortalidad de la niñez 20; por lo tanto, la mortalidad neonatal representa el 65 % de la infantil y 55 % de la niñez.⁴

En estudio anterior sobre Mortalidad Perinatal realizado en 9 hospitales del Ministerio de Salud en el año 2000, con información del Sistema Informático Perinatal (SIP), se analizaron 207 muertes perinatales de 17888 nacimientos, se encontró una tasa de mortalidad perinatal de 22,88 por 1000 nacimientos, la muerte fetal tardía fue de 12,57 por 1000 nacimientos y neonatal precoz 10,47 por 1000 nacidos vivos; comparativamente con este estudio, la tasa de mortalidad perinatal en hospitales del MINSA Perú se ha reducido a 19,64 por 1000 nacimientos, así como la fetal tardía 10,74 y neonatal precoz 9,03.⁶

En la Región de Ucayali se reportaron mayor número de muertes fetales y neonatales en el año 2013, son el Hospital Regional de Pucallpa (92 casos) y el Hospital Amazónico (15 casos), el C.S. San Fernando notificó 1 caso de muerte fetal.⁴

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Regional de Pucallpa, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Pucallpa, Distrito de Callería, Provincia de Coronel Portillo, región Ucayali; manzana 125-A, entre los jirones Agustín Cauper Videira, (frente principal), Diego de Almagro, Mariscal Cáceres y por el respaldo, con el Jr. Luis Scavino Silva. Sus límites son por el Este con el margen Izquierdo del Rio Ucayali, por el Oeste con la jurisdicción de Nuevo Paraíso, por el Norte con la jurisdicción de San Fernando y por el Sur con la jurisdicción de 2 de Mayo.

El área corresponde a la Región de Ucayali, ubicada en la parte oriental de Perú. Abarcando la provincia de Coronel Pedro Portillo y distrito Callería, cuya área de influencia son las cuencas del río Aguaytia y cuenca del rio Ucayali .La ciudad de Pucallpa, se encuentra ubicada a una altitud de 154msnm y sobre el punto geográfico Longitud Sur: 08°23'00" y Longitud Oeste: 74°32'15".

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los factores socio demográficos maternos asociados a óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?

1.3.2 Problemas Secundarios

- a. ¿Cuál es el grupo étnico en el cual se presentaron el mayor número de casos de óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?

- b. ¿Cuál es el nivel educativo de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?

- c. ¿De dónde proceden las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?

- d. ¿Cuál es la paridad en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?

- e. ¿Cuál es el número de atenciones prenatales que recibieron las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?

- f. ¿Cuándo iniciaron su atención prenatal las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores socio demográficos maternos asociados a óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a. Establecer el grupo etáreo en el cual se presentaron el mayor número de casos de óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.
- b. Identificar el nivel educativo de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de Enero a Diciembre del 2014.
- c. Conocer la procedencia de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.
- d. Conocer la paridad en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.
- e. Conocer el número de atenciones prenatales que recibieron las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.

- f. Precisar el inicio de la atención prenatal en las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.

1.5 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

La edad materna y el insuficiente número de atenciones prenatales son los factores socio demográficos maternos que se asocian con mayor frecuencia a óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

- a. Entre 20 y 35 años de edad es el mayor número de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.
- b. Tienen bajo nivel educativo las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.

- c. Proceden de la zona rural el mayor número de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.
- d. La primiparidad es frecuente en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.
- e. Es insuficiente el número de atenciones prenatales que recibieron las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.
- f. Es tardío el inicio de la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas, en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.

1.6 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

1.6.1 Variable independiente.

Factores socio demográficos maternos.

1.6.2 Variable dependiente.

Óbito fetal.

INDICADORES.

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores socio demográficos maternos	Categorico	✓ Edad materna
		✓ Nivel educativo
		✓ Procedencia
		✓ Paridad
		✓ Atención prenatal
		✓ Inicio de la atención prenatal
VARIABLE DEPENDIENTE Óbito fetal	Numérico	✓ Menor o igual a 28 semanas ✓ Entre 29 y 36 semanas ✓ Entre 37 y 41 semanas ✓ Mayor o igual a 42 semanas

1.7 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Tipos de Investigación

Se trata de un estudio descriptivo simple de corte transversal. Es descriptivo simple, ya que busca denotar características importantes de la población en estudio. Es de corte transversal ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

1.7.2 Nivel de Investigación

Es básica, porque dará origen a nuevos estudios sobre la materia.

1.7.3 Método

El presente trabajo de investigación por su naturaleza, exige utilizar los siguientes métodos:

- a. **Problemático - Hipotético:** En cuanto se basa en la formulación de un problema sobre la realidad y en adelantar conjeturas o soluciones probables a dichas cuestiones.²

- b. **Deductivo:** Es deductivo, porque en función del principio de causalidad y la demostración de las hipótesis mediante el manejo de lo más probable, se obtendrán conclusiones generales.³⁴

1.8 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1 Población

La constituyen todas las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014, siendo en total 93 gestantes.

1.8.2 Muestra

Por el número de casos, la muestra estuvo comprendida por las 93 gestantes con diagnóstico de óbito fetal, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.

1.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.9.1 Técnicas

a. Técnica de fichaje.

Se utilizó para registrar la información bibliográfica acerca de los factores socio demográficos maternos asociados a óbito fetal en gestantes.

b. Técnica de evaluación.

Nos permitió valorar el nivel de asociación entre las variables de estudio, es decir los factores socio demográficos maternos y óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa.

c. Técnica de procesamiento de datos.

Para el tratamiento de los datos se usaron los siguientes procedimientos:

- Se digitó la información básica contenida en el cuestionario de información de datos en una base de datos efectuando la codificación correspondiente utilizando el software SPSS. Ver 22.0

- Luego se prepararon seis archivos: uno para la corrida de la hipótesis general y cinco archivos para las hipótesis secundarias.
- Posteriormente se procedió a utilizar el método estadístico prueba de Chi Cuadrado de Pearson, tanto para la hipótesis general y para las hipótesis secundarias, presentando los resultados.
- Se elaboraron tablas de doble entrada y gráficos estadísticos para presentar los resultados del trabajo.

d. Técnica de análisis e interpretación de datos.

Para el análisis de los datos se utilizó el Programa Estadístico SPSS Ver.22.0. Primero se hizo una descripción de los factores de riesgo y luego se estudiaron las posibles asociaciones con óbito fetal en gestantes. El análisis estadístico de las diferencias se hizo utilizando la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, considerando que la diferencia es significativa cuando $p < 0.05$.

1.9.2 Instrumentos

Los datos se recopilaron mediante un cuestionario de información, instrumento que se elaboró de manera previa a la intervención, mediante la identificación de las variables relacionadas con el problema de investigación, utilizando como fuente de datos las historias clínicas y el Sistema Informático Perinatal – SIP 2000 del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa.

1.10 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

JUSTIFICACIÓN.

El óbito fetal se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

El factor edad es uno de los determinantes en la salud fetal, donde cerca del 10% de las mujeres con edades entre 20 y 30 años presentan muerte fetal intrauterina, incrementándose el riesgo de óbito a medida que avanza la edad.³

IMPORTANCIA.

El presente trabajo cobra importancia debido a las implicancias maternas perinatales que trae consigo una muerte fetal intra útero, la mortalidad perinatal propiamente y sus complicaciones para la salud materna, asimismo a través de esta investigación se podrá aportar al desarrollo de estrategia de intervenciones que contribuyan a que las gestantes puedan concluir su embarazo con un recién nacido vivo, a término y en buenas condiciones, evitando una muerte fetal.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONAL

a .**Guadalupe Panduro Jessica**, en un estudio realizado en el Hospital Civil de Guadalajara. México en el año 2011 con él. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo sociodemográfico, obstétrico y perinatal que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en embarazos mayores de 27 semanas. **Método:** De enero de 2004 a junio de 2009 en el Hospital Civil de Guadalajara, se realizó un estudio de casos y controles con 528 casos de muerte fetal de más de 27 semanas de gestación y 528 neonatos vivos cuyo nacimiento ocurrió inmediatamente después. Se comparó la frecuencia de diferentes variables maternas y fetales que en forma previa se han reportado asociadas a muerte fetal, por medio de Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher. **Resultados:** De los factores de riesgo estudiados se asociaron con muerte fetal: edad materna mayor de 35 años, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones. No se asoció con

muerte fetal, el estado civil soltero, ser primigesta, tabaquismo, sexo masculino del feto, circular simple al cuello y macrostomia fetal.

Conclusiones: De los factores de riesgo asociados con muerte fetal, resalta la atención prenatal deficiente que se asociaron a muerte fetal.²

- b. **Rojas Erika**, en un estudio. Realizaron en 2 hospitales venezolanos”, en el año 2006 con él. **Objetivo:** Evaluar la incidencia y factores de riesgo de óbito fetal en una población de embarazadas venezolanas. **Metodología:** estudio efectuado en 100 mujeres con diagnóstico de óbito fetal que acudieron al servicio de emergencia obstétrica de dos hospitales públicos en Valencia, Venezuela, en 2003. **Resultados:** Hubo 11.306 pérdidas fetales, 356 casos de óbito fetal y una tasa de mortalidad fetal tardía de 16,5/1000 nacidos vivos. De las embarazadas estudiadas 23% tenía más de 35 años de edad; 55% presentó muerte fetal posterior a la semana 28 de gestación; 31% fumó durante el embarazo; 48% presentaron infecciones maternas y 38% hipertensión arterial, las causas fetales y ovulares constituyeron el 39 y 61%, respectivamente. **Conclusiones:** El óbito fetal es una complicación del embarazo frecuente y prevenible. Los principales factores de riesgo en este estudio fueron: edad materna infecciones maternas, hipertensión arterial y consumo de tabaco.³
- c. **Grullon Gómez Rosibel**, con un estudio realizado en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez de Santiago en el año 1995 con él. **Objetivo:** Identificar la incidencia gineceo obstétrico. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. **Material y Método:** Tomando como universo todos los casos de óbito fetal registrados en los archivos clínicos del Hospital Regional José María Cabral y Báez de Santiago de los Caballeros, edad de la madre, paridad, grupo sanguíneo, vía de terminación del embarazo, edad gestacional del óbito, grado de maceración y otros

datos más. **Resultado:** Encontramos que la mayor incidencia de óbito fetal ocurrió en las madres del grupo etario de 20 a 24 años de edad con 16 casos para un 41.1%. En relación a la edad gestacional del óbito encontramos que la edad entre 20 y 24 semanas y la de 30 a 34 semanas incluyeron 11 casos cada una para un 28.2% y un total de 56.4% de los casos correspondieron a ellas dos. La edad gestacional de 35 a 39 semanas estuvo bien cerca de las dos previamente señaladas con 10 casos para un 25.7%. **Conclusión:** En cuanto a las causas asociadas al óbito encontramos que la gran mayoría resultaron ser de causas desconocidas y la edad que se identifica con mucha frecuencia en otros Países solo estuvo presente en 3 pacientes para un 7.7% de incidencia. ⁴

- d. Linares Jeannette,** en un estudio realizado en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile en el año 2007, con él. **Objetivo:** Conocer la etiología y los factores maternos asociados a las muertes fetales intrauterinas ocurridas después de las veinte semanas de gestación. **Metodología:** Diseño, Estudio descriptivo, Lugar. Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Regional de Antofagasta, Participantes. **Material:** Muertes fetales intrauterinas ocurridas en mujeres embarazadas a partir de las veinte semanas de gestación, cuyos partos fueron atendidos en el hospital. Intervenciones: Revisión del libro de ingresos de la unidad de partos, las historias clínicas de las pacientes, las auditorías de muerte fetal tardía y las autopsias realizadas. Frecuencias y porcentajes según edad de la madre, patologías asociadas y condiciones previas. **Resultados:** Se encontraron 50 casos de muerte fetal, de éstos 33 fueron muertes fetales tardías. De las embarazadas estudiadas 30% tenía entre 15 a 20 años, 61% eran multíparas, 11% consumió sustancias nocivas durante la gestación y 15% no controló su embarazo.

Los óbitos ocurrieron 67% en domicilio. Las patologías maternas asociadas al embarazo fueron: Obesidad, preeclampsia, lúes serológica y Streptococcus Agalactiae. La etiología fetal y ovular constituyó un 15 y 46% del total respectivamente. No se logró determinar la causa en 17% de los casos. **Conclusiones:** La mayor cantidad de muertes fetales fueron tardías, los óbitos se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de 15 a 20 años. Los factores asociados más importantes son potencialmente identificables. Como consumo de sustancias nocivas, embarazo no controlado en otras, los cuales deberían ser diagnosticados y oportunamente tratados con un adecuado control prenatal. ⁵

- e. **Tejo Kelly**, con un estudio realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia e Instituto Materno Infantil del Estado de México en el año 2012 con él. **Objetivo:** Conocer el índice de muerte fetal tardía y los factores de riesgo, perinatal y socioeconómico asociados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) en un periodo de dos años (2009-2010). **Material y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal de 72 casos de muerte fetal tardía que se presentaron en el hospital de estudio en el periodo referido. Se obtuvo el registro de natalidad del periodo comprendido entre enero 2009 a diciembre 2010 y se determinó el índice de mortalidad fetal tardía. Se obtuvieron los factores de riesgo de cada caso mediante la recolección de los datos de forma directa con la madre y, posteriormente, se corroboraron con el expediente clínico. **Resultados:** El índice de mortalidad fetal tardía en este hospital en el periodo referido fue de 4.45 casos por 1,000 nacidos vivos; los factores de riesgo socioeconómicos predominantes fueron el nivel escolar secundaria en un 7% y nivel económico medio. De los factores de riesgo obstétricos, la edad promedio de la paciente fue de 25 años, se trató de madres multigestas (44.4%), con sobrepeso

(48.6%), sin antecedentes de enfermedad sistémica. Y con un deficiente control prenatal con un promedio de cuatro consultas recibidas durante el embarazo. Con relación a los factores perinatales, se obtuvieron productos óbitos con peso bajo al nacer en un porcentaje alto (37.5%) con un peso promedio total de 2,208 g, prematuros en 47.2% y la característica patológica predominante de líquido amniótico fue el meconio en 30.6% El antecedente de circular a cuello fue de 33.3%, el sexo predominante fue el masculino (61.1%) y la vía de resolución del embarazo fue de 97.2% por vía vaginal. **Conclusiones:** Los factores de riesgo que predominaron en las pacientes con caso de muerte intrauterina, y el deficiente control prenatal recibido, éstos reflejan la importancia de buscar estrategias en salud que permitan brindar un control prenatal de mayor calidad y con ello, la detección y tratamiento oportuno de entidades patológicas, tales como la restricción del crecimiento intrauterina altamente asociada a la muerte fetal y múltiples alteraciones neonatales.⁶

- f. **Rivas Pérdomo Edgar**, con un estudio realizado en la Clínica Universitaria en Cartagena, Colombia en el año 2013 con él .**Objetivo:** estimar la asociación entre muerte fetal y grupos etáreo maternos. **Materiales y métodos:** Estudio de casos y controles. Se consideraron todas las maternas que tuvieron parto en una institución de alta complejidad de atención sanitaria en Cartagena, Colombia, durante el año 2012. Se conformaron tres grupos de acuerdo con la edad materna. Grupo 1 o mujeres adolescentes (igual o menos de 19 años de edad). Grupo 2 o mujeres con edad materna avanzada (igual o más de 35 años de edad).⁷

Grupo 3 o mujeres con edad materna intermedia (20-34 años de edad). Se describen las variables continuas por medio de medidas de tendencia central y de dispersión, se determinaron

IC95% para las edades de las pacientes y variables categóricas por medio de proporciones. Se calcularon los OR y sus intervalos. **Resultados:** tuvieron 39 mujeres: 7.9% adolescentes y 12.9% gestantes con edad avanzada. Se presentaron 27 casos de muerte fetal para una tasa de 6.9 x 1000nacidos vivos. Para el grupo de mujeres con edad materna avanzada se obtuvo .Para el grupo de adolescentes se obtuvo. **Conclusiones:** Las edades extremas de la vida reproductiva se asociaron significativamente a elevación en el riesgo de muerte fetal. ⁷

NACIONAL

- g. **Flores Navarro Carmen**, con un estudio de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en el año 2010 con el. **Objetivo:** de este estudio fue determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo y transversal secundario de la información obtenida en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 (ENSIN 2010) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010), en 14.754 mujeres gestantes de entre 13 y 44 años de edad. Los factores sociodemográficos: sexo de recién nacido, región geográfica (atlántica, oriental, central, pacífica, Bogotá, territorios nacionales), nivel socioeconómico-Sisbén (I al VI) y área geográfica (cabecera municipal, centro poblado, población dispersa) y el seguimiento prenatal (control de peso, altura uterina, presión arterial, feto tardía, bioquímica sanguínea, análisis de orina) y la suplementación con hierro, calcio y ácido fólico, se recogieron por encuesta estructurada. Se establecieron asociaciones mediante la construcción de modelos de regresión logística binaria simple y multi variable. **Resultados:** De las variables sociodemográficas residir en centros poblados, región oriental o Pacífica, y pertenecer al nivel Sisbén I, mostraron mayor

frecuencia de muerte perinatal con valores de 1,7%, 1,5%, 1,4% y 1,4%; respectivamente. Tras ajustar por sexo del recién nacido, área, región geográfica y puntaje de Sisbén, se encontró que un inadecuado seguimiento en el control del peso (OR 5,12), la presión arterial (OR 5,18), la bioquímica sanguínea (OR 2,19), la suplementación con hierro (OR 2,09), calcio (OR 1,73) y ácido fólico (OR 2,73), se asoció como factores predisponentes a la mortalidad perinatal. **Conclusiones:** La mortalidad perinatal cambia por los factores sociodemográficos y seguimiento prenatal estudiados. El estado, podría usar los resultados de este estudio para fomentar intervenciones que mejoren el seguimiento prenatal durante la gestación. ⁸

- h. **Milla Vera Luis**, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2003 con él. **Objetivo:** Identificar las causas de los casos de muerte fetal, así como sus características sociodemográficas, clínicas, patológicas, y la tasa. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo. Se buscaron los casos de muerte fetal en el libro de registros del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre agosto 2003 y noviembre 2004. **Resultados:** Se encontraron 61 casos de muerte fetal, 47 se incluyeron. Se registraron 4524 nacidos vivos; la edad gestacional promedio fue de 28,29 semanas de 1277,86. la edad menor a 35 años (76,59%), ausencia de control prenatal o control prenatal inadecuado (66,66%), paridad menor a 4 (86,96%), fueron las características sociodemográficas, clínicas y patológicas más frecuentes. El 59,27% de los casos presentaba informe de patología. **Conclusión:** Los casos de muerte fetal durante el periodo de estudio no contenían los datos tanto clínicos como patológicos suficientes para identificar claramente las causas de muerte fetal. ⁹

- i. **Gutiérrez Moreno Nelly**, con un estudio realizado en el Hospital María Auxiliadora del Cono Sur Lima en el año con el 2011 con el .**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo que se asocian a la muerte fetal intrauterina presentados en el Hospital “María Auxiliadora” del Cono Sur de Lima, 2011.**Material y Método:** El presente estudio corresponde a un estudio epidemiológico analítico, observacional de caso control, retrospectivo. La población estuvo constituida por gestantes que tuvieron parto normal con presencia de óbito fetal (casos) y gestantes con recién nacidos vigorosos (controles) atendidos entre enero y diciembre del 2011; y que además cumplieron criterios de selección. **Resultados:** Fueron considerados como factores estadísticamente significativos y de riesgo los factores macro ambientales sociales, como edad entre 36 a 45 años ,grado de instrucción primaria .Asimismo, en los factores matro ambiental es, dentro de los antecedentes obstétricos, el pretérmino y los abortos previos ;la anemia de igual manera, los factores micro ambientales, las malformaciones congénitas de los neonatos. **Conclusiones:** Durante la gestación existen factores significativos de riesgo de orden macro, matro y micro ambientales que se asocian a la muerte intrauterina, por lo que se recomienda intervención desde antes de la gestación para controlar esos factores.¹⁰
- j. **Culi Joyllo, Lidia Mariana**, con un estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios. Ancash. Perú en el año 2012 con él .**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo asociados a morbimortalidad perinatal precoz del Hospital San Juan de Dios, ubicado en la región Ancash, el año 2010. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico, la población estuvo conformada de 625 gestantes, se tomó una muestra al azar de 100 gestantes, utilizando una ficha técnica. Para el análisis estadístico se halló el Odds Ratio (OR) y el chi cuadrado a través del programa SPSS

versión 14, con intervalo de confianza al 95%. **Resultados:** Los recién nacidos con complicaciones fueron 33, el total de recién nacidos muertos fueron 12 por muerte fetal tardía y neonatal precoz de 945 g, a más y los controles 88 nacidos vivos, seleccionados al azar. La tasa de mortalidad precoz fue 12%. Los factores de riesgo fueron: Edad Materna 35 años a más Multiparidad, Control prenatal ausente o inadecuado Inicio de parto inducido o cesárea electiva Trabajo de parto precipitado o prolongado Depresión ,Prematuridad La presencia de depresión al nacer, inicio de parto inducido, trabajo de parto prolongado, bajo peso y prematuridad, tienen altos valores predictivos. **Conclusiones:** Los factores de riesgo son la edad tienen mayor asociación y alto valor predictivo para mortalidad perinatal precoz en el hospital San Juan de Dios de Ancash, Perú. ¹¹

- k. **Vera Loyola Eddy**, con un estudio realizado en el Hospital San Bartolomé en el año 2002 con él .**Objetivo:** Determinar los aspectos epidemiológicos de la muerte intrauterinos. **Metodología:** Estudio retrospectivo descriptivo, de acuerdo al enfoque de las manifestaciones colectivas .**Material y Método:** La población fueron de las gestantes atendidas durante el periodo 2002 en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital San Bartolomé las cuales fueron 6166 embarazadas ,con un total de recién nacidos vivos más muertos de 6,228 l muerte correspondió a 53 gestantes cuyo productos terminaron como muerte intrauterina. La forma de recolección de datos fue a través del sistema informático perinatal, las historias clínicas, el libro de registros de partos y la oficina de estadística. Para fines de procesamiento de los datos, estos fueron recogidos en una hoja de registros para luego ser analizados en tablas matriciales. **Resultados:** La tasa de muertes intrauterina fue 8.5×1000 ,;el grupo etario comprendido entre 21 y 35 años tuvo el 62.1% de las muertes intrauterinas; el 53% de las muertes intrauterinas tuvieron control prenatal ;la edad gestacional menor

de 37 semanas correspondió al 69.9%; el peso de los productos de la muerte fetal intrauterina fueron en un 69.9% menores de 2 kilos; el 70% de la culminación de la gestación fue por vía vaginal; la morbilidad asociado con mayor frecuencia fue las hemorragia ,ruptura prematura de membranas ,pre eclampsia; el 11.3% culmino en cuidados intermedios. **Conclusión:** Los datos epidemiológicos nos muestran que el grupo en edad fértil son los más afectados que tuvieron control prenatal la mayoría, el grado de instrucción no es un problema, los pretérminos son los más afectados, la vía de culminación más frecuente fue la vía vaginal, la morbilidad más asociado fue la hemorragia. ¹²

Local

- I. **Bendezu y col.** En su estudio en el Servicio de Obstetricia EsSalud de Ucayali (2009); con el **Objetivo:** Conocer el comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 35 años con resultado del producto en óbito fetal, **Metodología:** Se realizó un estudio de casos y controles. **Material y Método:** En 2008 se atendió 634 partos, de los cuales 267 correspondieron a gestantes de 35 años a más (19,9%). La media de edad del grupo de estudio fue 37,8, la del grupo control 27,7. **Resultados:** La duración media de la gestación fue 38,3 semanas, en el grupo control 39,5 semanas. El 29,6% de los partos fue óbito fetal, 19,1% en el grupo control. y 5,9%. La presentación podálica ocurrió en 2,9%. De las patologías asociadas, la toxemia (6,7%) y la rotura prematura de membranas (RPM) (16,5%) fueron mayores en las gestantes añosas. Los productos macrosómicos y grandes para edad gestacional representaron 8,9% y 11,9%, respectivamente, en el grupo en estudio, así como, los traumatismos obstétricos (4,5%) y las hemorragias posparto (10,1%). **Concluye** que la gestación en mujeres de 35 años o mayores existe una elevada incidencia óbito fetal ,de gemelaridad,

fetos macrosómicos y grandes para la edad gestacional, recién nacidos de peso bajo, cesárea, toxemia, RPM, hemorragia posparto.

13

2.1.2. BASES TEÓRICAS

DEFINICIÓN DE ÓBITO FETAL.

En 1950 la Organización Mundial de la Salud definió la muerte fetal como "la muerte antes de la expulsión completa de su madre de un producto de la gestación, independientemente de la duración del embarazo; el feto no respira o muestra algún otro signo de vida. " Asimismo, recomendó que la muerte fetal sea clasificada como precoz (<20 semanas completas de gestación desde la fecha de la última menstruación), intermedia (20 a menos de 28 semanas), tardía (28 semanas completas o más), o no clasificable. En 1975 se revisa nuevamente la definición y se adopta la que continúa vigente hasta la actualidad. ¹⁴

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión se expresa que la Conferencia Internacional para la Décima Revisión "estuvo de acuerdo en que era aconsejable conservar las definiciones de nacido vivo y muerte fetal tal como aparecen en la Novena Revisión". También se establece que el período perinatal se inicia en la semana 22^a de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500g) y termina cuando se completan 7 días después del nacimiento. ¹⁴

Con esta nueva conceptualización, queda establecido que se considerarán muertes fetales tardías o "mortinatos" aquéllas que se

producen a partir de la 22^a semana de gestación. La mortalidad fetal está altamente concentrada en el extremo inferior de la distribución de peso. Si bien la mayoría de estos casos (vivos y muertos) son partos pretérmino, el peso al nacer es el camino final crucial en la cadena causal fatal (Susser M., Marolla F.M., and Fleiss J. Birthweight, fetal age and perinatal mortality. *Am.J.Epidemiol.* 96:197-204, 1972). A medida que el peso se aleja de un nivel óptimo de sobrevivencia, el riesgo de muerte aumenta en forma exponencial. En general, el pronóstico de sobrevivencia como feto o neonato es peor cuanto más lento sea el crecimiento. Cuanto menor sea el peso logrado a una edad gestacional dada, mayor es la probabilidad de morir. Desde el punto de vista obstétrico, las acciones para prevenir la mortalidad fetal están dirigidas sólo a los factores de riesgo post concepcionales, ya que el obstetra actúa desde el momento en el que la mujer entra al sistema de cuidados prenatales. Desde la perspectiva de la salud pública y de la investigación epidemiológica, las acciones están dirigidas, además, a los factores de riesgo pre concepcionales.¹⁴

Las muertes fetales son producidas por varios factores cuyos pesos relativos aún se ignoran. Con esta nueva conceptualización, queda establecido que se considerarán muertes fetales tardías o "mortinatos" aquéllas que se producen a partir de la 22^a semana de gestación. La muerte es obvia cuando luego de la separación, el feto no respira ni muestra evidencia alguna de vida, como latidos cardíacos, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos voluntarios.¹⁴

La frecuencia de la muerte fetal varía en relación con cierto número de factores, entre ellos, raza, edad materna, período de gestación, pluralidad de la gestación, tipo de atención prenatal y del

parto, sexo del feto, ubicación geográfica, antecedentes obstétricos y factores socioeconómicos.⁽¹⁴⁾

La mortalidad fetal es clasificado como:

- **Muerte fetal temprana.**
- **Muerte fatal intermedia**
- **Muerte fetal tardía**¹⁵

DIAGNOSTICO

A menudo es la paciente quien primero sospecha la muerte fetal, por el cese de los movimientos fetales.¹⁶

En ocasiones no es fácil realizar el diagnóstico de muerte fetal, se establece por los síntomas, el examen físico y una serie de exploraciones adicionales entre las que se encuentran la radiografía y la ecografía, el estudio del corazón fetal por ultrasonografía y electrocardiografía, la amnioscopia, amniocentesis y las determinaciones hormonales. Se han descrito más de 20 signos radiológicos de la muerte fetal intrauterina. Estos signos no se desarrollan hasta el sexto o séptimo mes de embarazo, y no se observan si la muerte fetal es reciente. Más que signos de muerte fetal son signos de maceración, pero no son constantes y, además, algunos se pueden encontrar en fetos vivos. Entre los signos más importantes se encuentran los que se mencionan a continuación.¹⁶

1. En la cabeza:

- a) El cabalgamiento de los huesos del cráneo (signo de Spalding) que ocurre entre 2 y 14 días después de la muerte fetal. Este signo requiere una osificación clara y especialmente útil entre las semanas 26 y 36 de gestación, pero no tiene significado luego del encaje del vértice.¹⁶
- b) El aplanamiento de la bóveda (signo de Spangler).
- c) La asimetría cefálica (signo de Horner).
- d) Halo radiolúcido del cráneo fetal debido a la separación del pániculo adiposo pericraneal y cuero cabelludo, que ocurre 2 a 4 días después de la muerte fetal (signo de Borell).
- e) Caída del maxilar inferior (signo de Brakeman).¹⁵

2. En la columna vertebral:

- a) La posición anormal de la columna cervicodorsal (hiperflexión, cifosis en un ángulo agudo e hiperextensión).
- b) El apelonamiento fetal por pérdida de la conformación raquídea normal (ángulo agudo e hiperextensión).¹⁶

3. En el tórax:

- a) El colapso de la caja torácica con derrumbamiento de la parrilla costal.
 - b) Gas en el corazón y sistema vascular fetal. Este es un signo muy confiable, pero es difícil de visualizar, ya que ocurre sólo en caso de muerte fetal en el tercer trimestre, y es transitorio (dura aproximadamente 2 semanas).
4. En las extremidades: la incoordinación evidente de la posición de las extremidades conocida como "ensalada de huesos".¹⁶

4. Otros:

Feto nadador, derrumbe fetal, ausencia de cambios en la posición (en 2 tomas ultrasonografías es posible valorar la muerte fetal en pocas horas y actitud fetal de flexión extrema.¹⁷

Ecografía.

Si este examen es positivo, puede sospecharse seriamente la muerte fetal. Los principales indicios son:

1. Ausencia del latido cardíaco.
2. Ausencia de movimientos fetales.
3. Achatamiento del polo cefálico y pérdida de la estructura fetal normal.
4. Halo pericraneal.
5. Falta de crecimiento fetal (biometría).
6. Contorno irregular del cráneo.
7. Múltiples ecos raros en la región del tronco y cráneo fetal.
8. Contornos mal definidos de la estructura fetal por penetración de líquido amniótico.¹⁷

CARACTERÍSTICAS DE LA EVACUACIÓN

1. Las contracciones uterinas son frecuentemente insuficientes.
2. La bolsa de las aguas se hernia a través del cuello uterino en forma de reloj de arena, cuya parte inferior se extiende y puede hacer pensar en una dilatación avanzada.¹⁵
3. Existe la mala acomodación de las partes fetales; son frecuentes las atípicas, en especial hombro y frente.
4. En el alumbramiento es frecuente la retención de membranas y la hemorragia atónica.¹⁶

5. La complicación más importante es el trastorno de la coagulación de la sangre.

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS

Afectando de manera individual y familiar el nivel de salud del binomio Madre-hijo. El estudio evidencia por Milla Vera Luis denominado factores de riesgo socioeconómicos para muerte perinatal como son: a) el nivel socioeconómico medio aumenta en 5 veces más el riesgo con relación al nivel alto, b) ocupación del padre, ser agricultor aumenta 3.31 veces más el riesgo de muerte comparado con los padres que son empleados en alguna institución. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios internacionales.⁹

Las características sociodemográficas más resaltantes encontradas fueron: 11 madres (23,4%) tuvieron más de 35 años. 14 (33,3%) no tenían control prenatal. 14 (33,3%) tenían de 1 a 4 controles y 14(33,3%) tenían de 5 a más controles prenatales. De las madres que sí tuvieron control prenatal 11 (39,2%) tuvieron su 1er control prenatal en el I trimestre, 13(46,4%) en el II trimestre y 4 (14,28%) en el III trimestre. Treintaicinco madres.⁹

El riesgo por haber residido en el pueblo/campo, se presenta en las mujeres en la falta de atención prenatal de no realizar éste en algún hospital Minsa. Hay riesgo de no recibir control prenatal en algún hospital Es salud y en alguna clínica privada. Asimismo, existe riesgo, de no tener parto institucional.

El riesgo por ser quechua hablante se presenta en las mujeres de no hacer su control prenatal en el Minsa. El riesgo por tener una pareja con algún nivel educativo de primaria o menos, se presenta

en mujeres de no haber tenido su control prenatal en algún hospital Minsa. ¹⁷

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA

MACROAMBIENTE (aspectos socioculturales y económicos)

- Estado civil soltera
- Nivel educativo
- Nivel socioeconómico bajo
- Procedencia

MATROAMBIENTE

- Edad > 35 años; adolescencia precoz.
- Sobrepeso
- BMI > 30 (incrementa riesgo de: diabetes gestacional e hipertensión)
- Tabaquismo
- Falta de atención prenatales.
- Oligoamnios – malformaciones fetales.
- Valores séricos bajos en cobre
- Paridad

GRUPO ETAREO

Jorge Mendoza con su estudio sobre adolescentes embarazadas y características de riesgo; Define que la edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto, la probabilidad de enfermar o morir. ¹⁹

Un factor de riesgo para muerte fetal que ha merecido considerable atención es la edad materna. Diferentes estudios han señalado la edad materna avanzada como un importante predictor de muerte fetal. Rojas en el 2006 encontró una mayor frecuencia de óbitos fetales en gestantes con edad >35 años y establece que hay mayor riesgo de muerte fetal en adolescentes y gestantes mayores.¹⁹

El factor edad es uno de los determinantes en salud fetal, donde cerca del 10% de las mujeres con edades entre 20 y 30 años presentan muerte fetal intrauterina, incrementándose el riesgo de óbito a medida que avanza la edad. En estudios realizados por Carrillo y cols en Colombia, se encontró que la edad más frecuente era en mayores de 28 años. Rodríguez y Hernández encontraron una asociación significativa entre muerte fetal tardía y edades maternas menores a 20 años y entre 30 y 34 años. Sin embargo, en otros estudios (9, 17), se encontró que la mayor frecuencia de óbito fetal estaba en madres con edad entre 25 y 29 años, pero con mayor riesgo en aquellas con edad superior a 35 años. En la presente investigación el 23% de las mujeres eran mayores de 35 años de edad, sin embargo el 20% tenían una edad menor a 20 años, lo cual significa que el riesgo del óbito fetal está presente no sólo en edades mayores sino también en la adolescencia. La experiencia chilena de Donoso y cols quienes encontraron que las edades más frecuentes asociadas a la muerte fetal tardía son las correspondientes a madres jóvenes o a las mayores de 35 años.³

ADOLESCENTES

Enrique Siña, con su estudio sobre la natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes. En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce a los adolescentes

como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias.

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer.²⁰

En países desarrollados, la presencia de un mayor riesgo de muerte fetal en embarazos de mujeres adolescentes es tema controvertido. En el estado de Luisiana (Estados Unidos), antes de que se legalizara el aborto, la tasa de mortalidad fetal tardía entre embarazadas adolescentes menores de 15 años era mayor que entre embarazadas adolescentes de 15 a 19 años y adultas de 20 a 34 años.²¹

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.²⁰

GESTANTES MAYOR DE TREINTA CINCO AÑOS

Sepúlveda quinteros con su estudio sobre muerte fetal; Nos indica que el embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por el aumento de las patologías maternas y perinatales que se presentan. La incidencia de gestaciones en estas edades está aumentando en las dos últimas décadas.²¹

El aumento de la incidencia de embarazos de las mujeres de 35 o más años en los países desarrollados es debido a que estas pacientes prefieren posponer su embarazo hasta lograr una mejor posición económica y/o educacional.

Se considera un factor de riesgo independiente para óbito fetal, aun Considerando que estas mujeres, por su edad, tienen una mayor tendencia a padecer condiciones médicas asociadas que, a su vez, están relacionadas con mayores tasas de efectos perinatales adversos.²¹

La edad materna mayor a 35 años también es un factor significativo asociado con un aumento del 65 % de las posibilidades de muerte fetal intrauterina y podría ser responsable de alrededor de 4226 casos de muerte fetal intrauterina cada año en los países de ingresos altos. La edad materna podría modificarse en cierta forma a través de una mayor comprensión del riesgo asociado y la planificación familiar.³⁹

NIVEL EDUCATIVO

En relación al estudio de Ticona Aspado sobre factores de riesgo de la mortalidad perinatal, en cuanto al grado de instrucción de las madres que presentaron muerte fetal intrauterina, encontramos una mayor frecuencia de grado de instrucción secundaria en ambos grupos (63,8% y 74,5%, respectivamente), hallándose.¹⁷

Una asociación estadísticamente significativa de protección a riesgo para muerte fetal intraútero.Linares observaron nivel educacional similar, en todas las pacientes (enseñanza media

incompleta, completa y estudios superiores incompletos), todas con enseñanza básica completa, siendo para estos investigadores que la baja escolaridad no fue factor de riesgo de muerte perinatal; distinto a lo mencionado, quienes reportan un riesgo cuatro veces mayor de muerte perinatal en mujeres con ningún o casi ningún nivel de escolaridad.¹⁷

El nivel de escolaridad de las adolescentes es una característica que se relaciona a condiciones socio económicas y sus bajos niveles como el analfabetismo o escolaridad primaria que influye negativamente en la actitud de la paciente sobre la búsqueda de ayuda para la atención de su embarazo, o para captar la información necesaria y para el cumplimiento de las indicaciones dadas, siendo esto uno de los objetivos principales del control prenatal. En el estudio se encontró una asociación de 5 veces más el riesgo de mortalidad perinatal en aquellas mujeres analfabetas, lo que está acorde con la literatura consultada; lo que no coincide es el nivel de educación primaria en el cual no se encontró asociación, probablemente se deba a que el mayor porcentaje de la población estudiada.¹⁸

PROCEDENCIA

Donoso Carbajal con su estudio sobre la edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna y fetal; Nos señala que la migraciones internas y externas traen consigo enfermedades propias de las diferentes latitudes de donde procede la gestante.

Al considerarse zona de residencia, las madres que viven en la zona rural tuvieron una probabilidad de 1,72 veces mayor riesgo de presentar mortalidad perinatal en comparación con las que viven en zona urbana, representando el 56% del total de muertes perinatales.

Son conocidas en nuestro país las desigualdades en el desarrollo global entre sus diferentes zonas de residencia; existe escasez de profesionales de la salud en las zonas rurales; esto explicaría que un grupo de parto de riesgo alto fue atendido por parteras o familiares, lo que aumentó el riesgo de muerte perinatal.¹⁸

PARIDAD

Ticona Aspajo, con su estudio sobre factores de riesgo de la mortalidad perinatal; Nos indica que la paridad influye de manera especial en el grupo de gestantes de edad avanzada. Las pacientes primíparas finalizan su parto mediante cesárea con mayor frecuencia que las multíparas (47 vs 22,7%). Esta comparación entre gestantes primíparas y multíparas se hace en varias publicaciones llegando a conclusiones similares a las nuestras.¹⁷

Se puede por ello inferir que si a la característica de «añosidad» se suma la de «primiparidad», la evolución del parto puede complicarse aún más, lo cual nos obliga a un control más exhaustivo de estas gestantes si queremos mejorar sus resultados perinatales.¹⁸

Se define como riesgo pre concepcional a la posibilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto), durante el proceso de la reproducción.¹⁹

Con respecto a la paridad se señala en la literatura que el tener 4 hijos o más incrementa el riesgo de muerte fetal .Nosotros encontramos que el 13,04% de las pacientes tenía más de 4 hijos, porcentajes similares a los encontrados por Cabrera.²⁰

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro) así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja de placenta, toxemia, distocia del parto, muerte fetal.²¹

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.²²

ATENCIÓN PRENATAL

Sepúlveda Quinteros define que la atención prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir las complicaciones asociadas a los 15 signos y síntomas de alarma del embarazo. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.⁴⁰

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Objetivo General:

Vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar los signos y síntomas de alarma del embarazo que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando

el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.⁴⁰

Objetivo Específico:

- Facilitar el acceso precoz y oportuno de la gestante a los servicios de salud
- Evaluar integralmente a la gestante y al feto, vigilando la evolución del proceso de la gestación.
- Diagnóstico correcto de la edad gestacional.
- Identificar la presencia de signos de alarma y condicionantes de riesgo de la gestante
- Detección temprana de enfermedades asociadas e inducidas por el embarazo.
- Brindar atención especializada de las complicaciones.³⁷

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Para que la atención prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo, de calidad y oportuna.³⁸

Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo para establecer la fecha probable de parto, la edad gestacional, detectar factores de riesgo y posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud.³⁷

Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal es necesario que la gestante asista a sus consultas programadas de manera periódica, la continuidad en las atenciones prenatales permite efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento, favorece la identificación oportuna de factores de

riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal que se hayan identificado.³⁷

Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la gestante, en la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.³⁷

De calidad: El prestador de salud tendrá la capacidad resolutive y el Equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel.²²

Oportuna: Deberá brindarse cuando ésta se requiera de acuerdo a las necesidades de la gestante, los horarios de apertura que provee el programa de atención prenatal deben ser convenientes para favorecer la concurrencia de las gestantes. Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y de esta forma reducir el tiempo de espera de las pacientes.²²

Frecuencia de la atención prenatal:

En la frecuencia óptima de atención prenatal se contabilizan trece atenciones distribuidas de la siguiente manera.²²

- Una atención mensual hasta las 32 semanas.
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas.
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto.

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera.²²

- Dos atenciones antes de las 22 semanas.
- La tercera entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta entre las 27 a 29. 18
- La quinta entre las 33 y 35.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas

2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Óbito Fetal.- Muerte fetal la que ocurre previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo.²³

Atención Prenatal.- Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.²⁴

Grupo Etéreo.- La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil.²⁵

Paridad.- Con respecto a la paridad se señala en la literatura que el tener 4 hijos o más incrementa el riesgo de muerte fetal.²⁶

Procedencia.- propias de las diferentes latitudes de donde procede la gestante. Al considerarse zona de residencia, las madres que viven en la zona rural tuvieron una probabilidad de 1,72 veces mayor riesgo de presentar mortalidad perinatal en comparación con las que viven en zona urbana, representando el 56% del total de muertes perinatales.²⁷

Urbana: Es un área con una alta densidad de población.²⁸

Urbana marginal: Son lugares de muy bajos recursos económicos.²⁹

Rural: Son lugares de muy bajos recursos.³⁰

Factor de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.³¹

Sociodemográficos: Es un estudio estadístico de las características sociales de una población.³²

Nivel educativo: Distribución porcentual de la población en un grupo de edad, según máximo nivel educativo concluido.³³

Adolescentes: Es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.³⁴

Prevalencia: Se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.³⁵

Cifosis: Curvatura anormal de la columna vertebral de convexidad posterior.³⁶

CAPITULO III

III PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la sistematización de los datos recogidos por cada una de las variables de estudio y sus respectivos indicadores.

TABLA N° 01

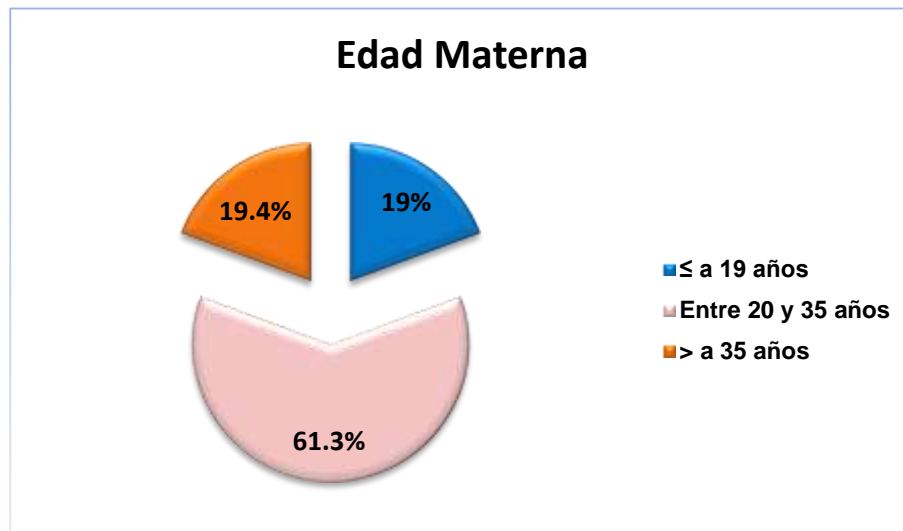
Distribución de la muestra según la edad materna de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre 2014.

Edad materna	N	%
≤ a 19 años	18	19
Entre 20 y 35 años	57	61.3
> a 35 años	18	19.4
Total	93	100

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

Interpretacion: Nos señala que el tercer objetivo obtenidos de 93 casos estudiados de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014. 57 gestantes con edades entre 20 y 35 años presentaron mayor casos con un 61.3%, Seguido en su minoría de 36 gestantes con edades menor de 19 años y mayor de 35 años con un 38.4%.

GRAFICO N° 01



Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

TABLA N° 02

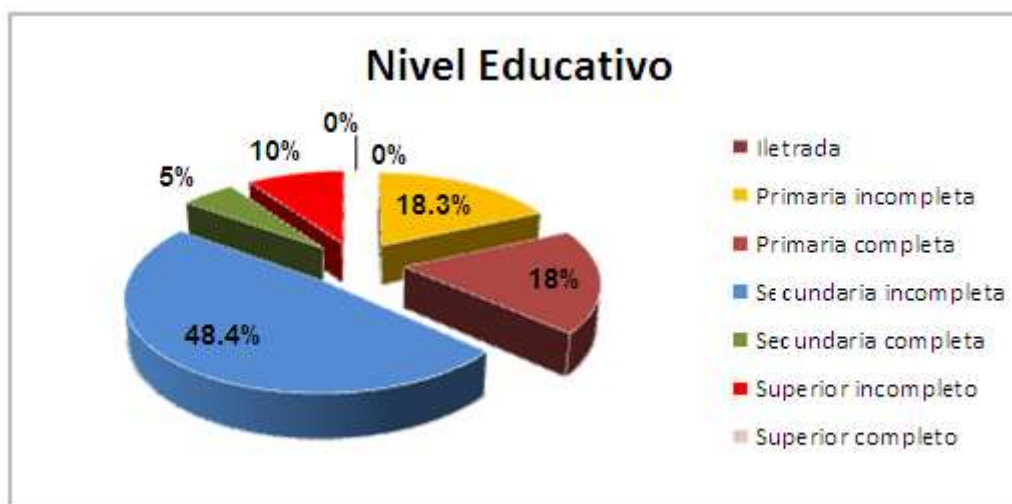
Distribución según nivel educativo de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.

Nivel educativo	N	%
Iletrada	0	0.0
Primaria incompleta	17	18.3
Primaria completa	17	18
Secundaria incompleta	45	48.4
Secundaria completa	5	5
Superior incompleto	9	10
Superior completo	0	0.0
Total	93	100.00

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

Interpretación: Demuestra el cuarto objetivo y señala que de los datos recopilados de los 93 casos estudiados de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014; 45 gestantes tuvieron secundaria incompleta con un 48.4% y 52.4 primaria incompleta, primaria completa, secundaria completa y superior incompleto que corresponde a un 51.3%.

GRAFICO N° 02



Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

TABLA N° 03

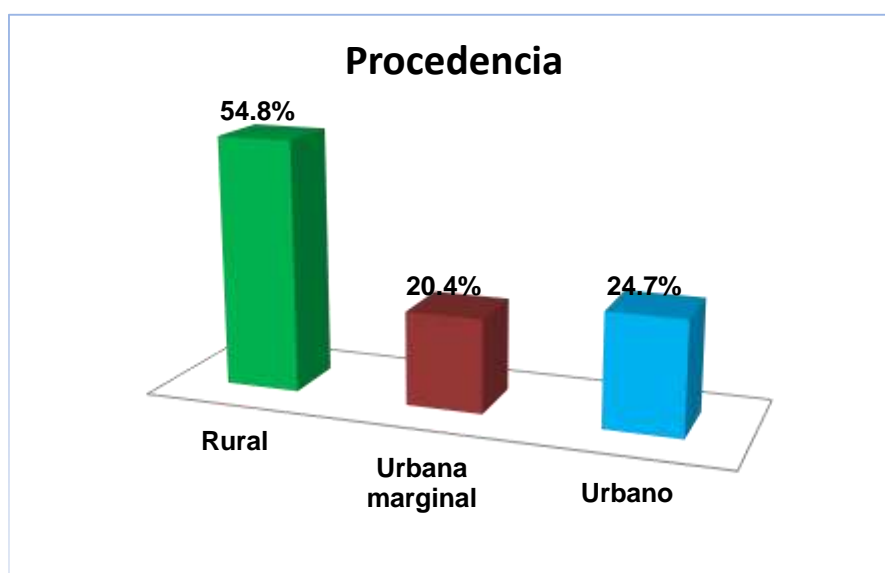
Distribución de la muestra según la procedencia de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre 2014.

Procedencia	N	%
Rural	51	54.8
Urbana marginal	19	20.4
Urbano	23	24.7
Total	93	100.00

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

Interpretación: El sexto objetivo específico de los datos recopilados de los 93 casos estudiados de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014, 51 gestantes proceden de zona rural que corresponde a un 54.8%, 42 gestantes son de zona urbano marginal y urbano con un mayor porcentaje de 44.7%

GRAFICO N° 03



Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

TABLA N°04

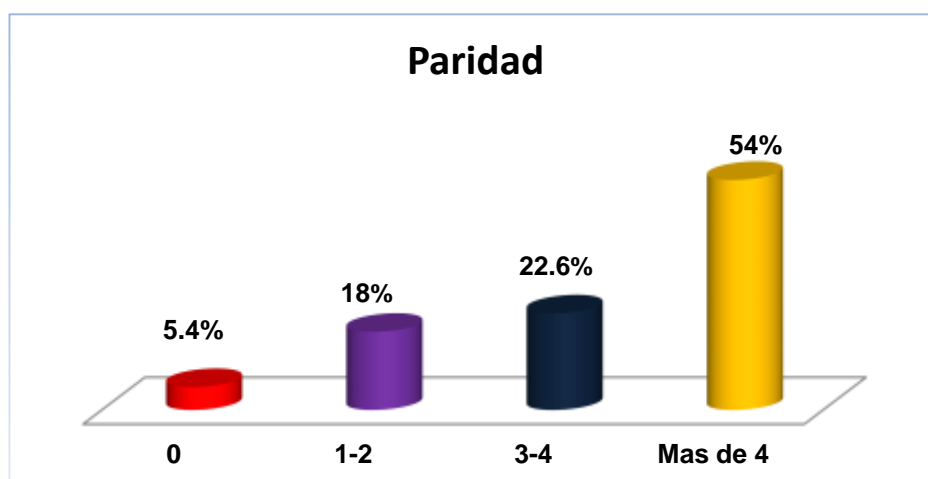
Distribución de la muestra según la paridad de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre 2014.

Paridad	N	%
0	5	5.4
1-2	17	18
3-4	21	22.6
Más de 4	50	54
Total	93	100.00

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

Interpretación: El quinto objetivo específico y de los datos obtenidos de los 93 casos estudiados de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014; 71 gestantes tuvieron de 3 -4 o más de 4 partos con un 76.6% y 22 en su minoría tuvieron de 0-2 partos corresponde a 23.4%.

GRAFICO N° 04



Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

TABLA N° 05

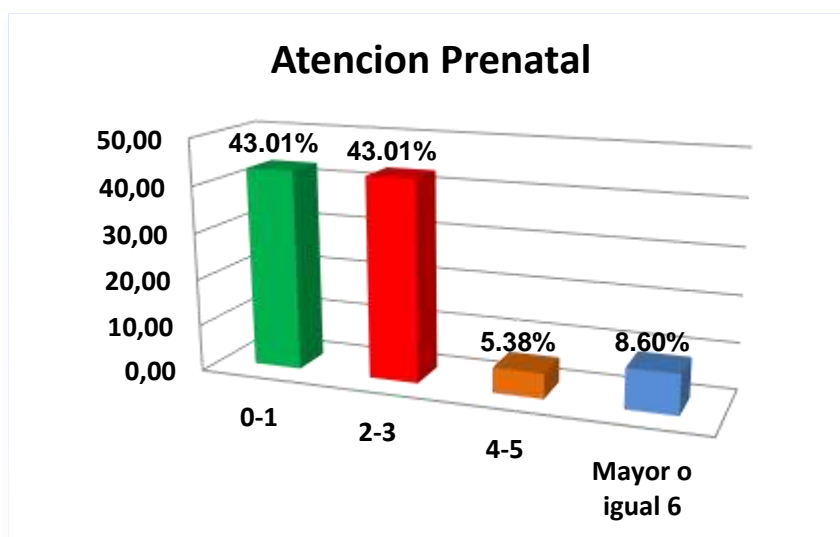
Distribución de la muestra según el número de atenciones prenatales que recibieron las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre 2014.

Atención Prenatal	N°	%
0-1	40	43.01
2-3	40	43.01
4-5	5	5.38
Mayor o igual 6	8	8.60
Total	93	100

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

Interpretación: Contestamos el primer objetivo específico y se estableció que de los 93 casos estudiados de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014; 80 corresponde a gestantes que recibieron de 0-3 atenciones 86.02%, 13 corresponden a gestantes que recibieron de 4 o mayor o igual a 6 atenciones prenatal es 13.98%. Se observa que la mayor proporción de gestantes con diagnóstico de óbito fetal son las que recibieron de 0-3 atenciones prenatales.

GRAFICO N°05



Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

TABLA N° 06

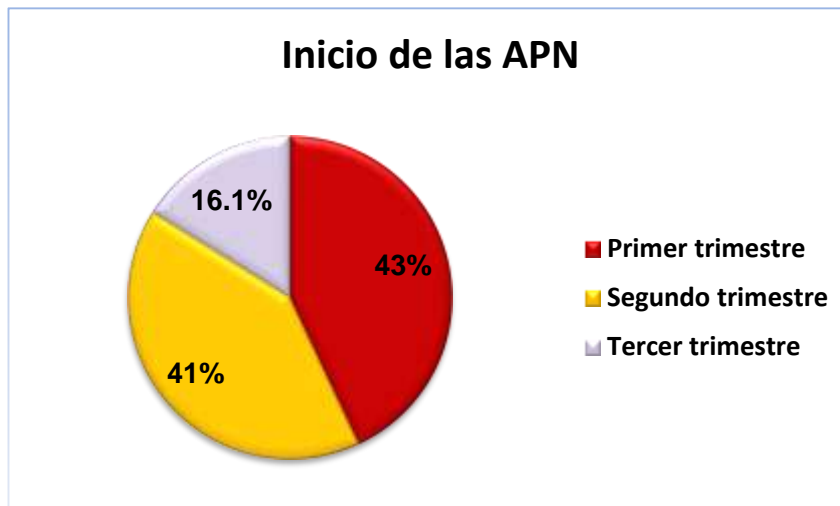
Distribución de la muestra según el inicio de la atención prenatal por trimestres en las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre 2014.

Inicio de la APN	N	%
Primer trimestre	40	43
Segundo trimestre	38	41
Tercer trimestre	15	16.1
Total	93	100

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

Interpretación: Contestamos al segundo objetivo específico demuestra que de 93 casos estudiados de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014; 40 iniciaron su atención prenatal en el primer trimestre corresponde al 43% y el 53 iniciaron su atención prenatal entre el segundo y tercer trimestre del embarazo corresponde a un 57.1 %.

GRAFICO N° 06



Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

TABLA N° 07

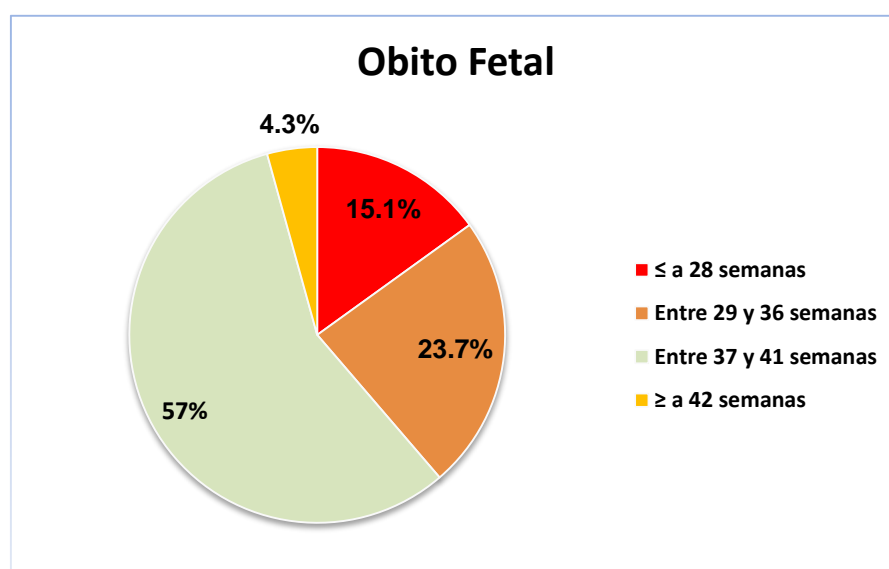
Distribución de la muestra según semanas de embarazo en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre 2014.

Óbito fetal	N	%
≤ a 28 semanas	14	15.1
Entre 29 y 36 semanas	22	23.7
Entre 37 y 41 semanas	53	57.0
≥ a 42 semanas	4	4.3
Total	93	100.00

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

Interpretación: Los datos recopilados de los 93 casos estudiados de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014, 53 gestantes tuvieron óbitos entre 37 y 41 semanas en su mayor porcentaje con un 57%, y 22 de ellas tuvieron óbito entre 29 y 36 semanas que corresponde a un 23.7%, 18 gestaciones en su minoría tuvieron óbitos menor de 28 semanas y mayor de 42 semanas de gestación con un 19.4%.

GRAFICO N° 07



Fuente: Oficina de Estadística e Informática – HRP 2014

ANALISIS

En relación a las preguntas de investigación podemos indicar lo siguiente, que de acuerdo a los datos obtenidos y procesados, presentados correspondientes, podemos indicar que los factores sociodemográfico maternos asociados a óbito fetal, en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014 que se presentaron entre los casos de la muestra estudiada han sido la atención prenatal insuficiente, considerando que entre las gestantes que tuvieron entre 0 – 3 atenciones prenatales representan el 86.02% del total de la muestra estudiada; en relación a la edad el grupo de mayor proporción dentro de la muestra estudiada lo representa aquellas gestantes con edades entre 20 a 35 años de edad, siendo el 61.3%; las gestantes con secundaria incompleta representan el mayor número siendo el 48.4% de la muestra; en cuanto a la paridad de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal, son las que tuvieron de 3-4 o más de 4 partos el grupo de mayor proporción llegando al 68.50%; siendo el 54% de todos los casos de 54.8% gestantes en estudio de procedencia de zona rural; el cuanto al inicio de la atención prenatal se pudo observar que el mayor porcentaje de gestantes iniciaron su atención prenatal entre el segundo y tercer trimestre del embarazo, representando en conjunto el 57.1% de la muestra; en relación a la edad gestacional se pudo apreciar que el mayor número de casos de óbito fetal ocurrieron entre las 37 y 41 semanas de gestación, con un 57.1% de la muestra estudiada .

Como se puede observar, la atención prenatal insuficiente, inicio tardío de la atención prenatal, edad materna, nivel educativo, paridad y procedencia son factores sociodemográficos maternos que se asocian al diagnóstico de óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa; lo cual no se aleja de la teoría y otros trabajos sobre la materia. En esta investigación hemos encontrado que el

86.02% de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal recibieron de 0 a 3 atenciones prenatales, siendo insuficiente en relación al número mínimo de atenciones prenatales establecidos en los documentos técnicos de atención integral de la gestante del Ministerio de Salud del Perú, que señalan 6 atenciones prenatales para considerar una gestante controlada; estos resultados guardan relación con el trabajo de **Linares Jeannette**, sobre etiología y factores maternos asociados a las muertes fetales intrauterinas ocurridas después de las veinte semanas de gestación en el Hospital Regional de Antagonista Chile en el 2007, donde concluye que el 15% de gestantes con diagnóstico de óbito fetal no controló su embarazo.

En el trabajo de investigación realizado se encontró que el mayor porcentaje de gestantes con diagnóstico de óbito fetal iniciaron su atención prenatal en el segundo y tercer trimestre del embarazo con un porcentaje de 57.1%. Cabe señalar que no se han encontrado antecedentes de trabajos que han estudiado esta variable en casos similares por lo tanto este resultado es un nuevo aporte.

Con relación al grupo etáreo, el mayor porcentaje de gestantes con diagnóstico de óbito fetal se encontraron en el grupo de 20 a 35 años de edad con un total de 19 casos que representa el 61.3% del total de la muestra estudiada. **Vera Loyola Eddy** en su trabajo aspectos epidemiológicos de la muerte intrauterinos en el Hospital San Bartolomé en el 2002, concluye que el mayor número de casos de gestantes con diagnóstico de óbito fetal se presentaron en el grupo de 21 a 35 años de edad, representando el 62.1% de la muestra de estudio.

Sobre el nivel educativo de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el hospital Regional de Pucallpa durante el periodo enero 2012 a diciembre del 2014 se encontró que la mayor frecuencia de

casos tuvieron secundaria incompleta con un total de 45 casos que representan el 48.4% de casos estudiados. **Trejo Kelly** en su trabajo realizado sobre índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo, perinatal y socioeconómico asociados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (2009-2010) concluye que el nivel escolar secundario estuvo asociado en un 7% de los casos de gestantes con muerte fetal tardía, siendo menos frecuente en relación a los hallazgos de esta investigación. En cuanto a la paridad, son las gestantes de 3- 4 más de 4 partos las que se presentaron en mayor proporción, siendo el 54% de la muestra. A diferencia de la investigación de **Linares Jeannette**, sobre etiología y factores maternos asociados a las muertes fetales intrauterinas ocurridas después de las veinte semanas de gestación, en el Hospital Regional de Antagonista Chile en el 2007, donde concluye que la multiparidad es un factor que se presenta con menor frecuencia en gestantes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina, representando el 11% de la muestra de estudio.

En el estudio desarrollado se encontró que el mayor porcentaje de gestantes con diagnóstico de óbito fetal que fueron atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa provienen de la zona rural de Ucayali, representando el 54% del total de la muestra estudiada. Cabe señalar que no se han encontrado antecedentes de trabajos que hayan estudiado esta variable en casos similares, por lo tanto este resultado significa un nuevo aporte.

En relación a las hipótesis planteadas para la investigación desarrollada, podemos indicar de acuerdo a los resultados del procesamiento y sistematización de datos, sobre la hipótesis general, la edad y el insuficiente número de atenciones prenatales si son factores sociodemográfico maternos que se asocian con mayor frecuencia a óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa; asimismo, es

insuficiente el número de atenciones prenatales, considerando que las gestantes con diagnóstico de óbito fetal que tuvieron entre 0 a 3 atenciones prenatales representan el 86.02% del total de la muestra estudiada. Es tardío el inicio de la atención prenatal, se pudo observar que el mayor porcentaje de gestantes con diagnóstico de óbito fetal, iniciaron su atención prenatal entre el segundo y tercer trimestre del embarazo, representando el 57.1% de la muestra. Es mayor el número de gestantes con edades entre 20 a 35 años de edad, siendo el 61.3% de la muestra. Tienen bajo nivel educativo las gestantes con diagnóstico de óbito fetal, considerando que aquellas con primaria incompleta y secundaria incompleta representan el mayor número siendo el 66.7% de la muestra. La primiparidad no es un factor que se presenta en el mayor número de gestantes con diagnóstico de óbito fetal, representando el 5.4% de la muestra estudiada; sin embargo, son las gestantes que tuvieron 3-4 o más de 4 partos el grupo de mayor proporción llegando al 54% de la muestra de gestantes atendidas con diagnóstico de óbito fetal. Finalmente, proceden de la zona rural el mayor número de gestantes, siendo el 54.8% de todos los casos de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.

TABLAS CRUZADAS

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Edad Materna *	93	100,0%	0	,0%	93	100,0%
Óbito Fetal						

Edad Materna * Óbito Fetal tabulación cruzada

Recuento

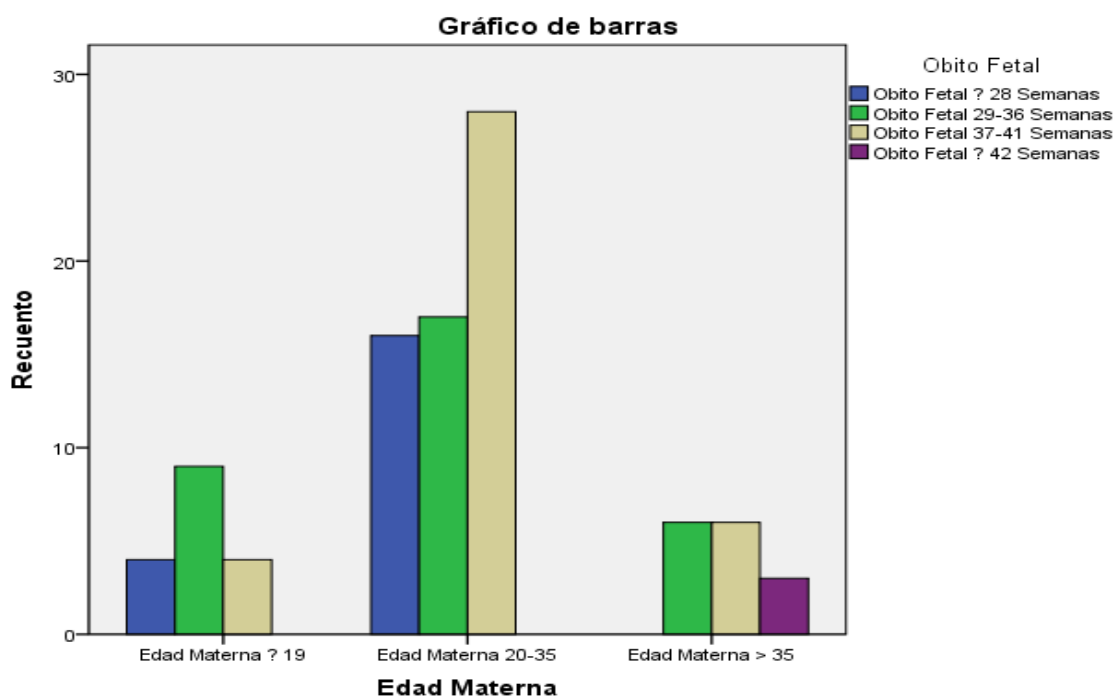
		Óbito Fetal				Total
		Óbito Fetal ≥28 Semanas	Óbito Fetal 29-36 Semanas	Óbito Fetal 37-41 Semanas	Óbito Fetal >42 Semanas	
Edad Materna	Edad Materna ≤ 19	4	9	4	0	17
	Edad Materna 20-35	16	17	28	0	61
	Edad Materna > 35	0	6	6	3	15
Total		20	32	38	3	93

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,714 ^a	6	,001
Razón de verosimilitudes	22,262	6	,001
Asociación lineal por lineal	7,068	1	,008
N de casos válidos	93		

a. 5 casillas (41.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .48.

ANALIZAR: Respecto a la edad materna según el cruce de variables nos indica que si es significativa ya es si menor de 0.05 nos muestra que si hay relación entre variables.



Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Nivel Educativo * óbito Fetal	93	100,0%	0	,0%	93	100,0%

Nivel Educativo * óbito fetal tabulación cruzada

Recuento

		óbito Fetal				Total
		óbito Fetal ≤ 28 Semanas	óbito Fetal 29-36 Semanas	óbito Fetal 37-41 Semanas	óbito Fetal > 42 Semanas	
NIVEL EDUCATIVO	Primaria -Incompleta	6	12	6	0	24
	Primaria Completa	4	2	11	0	17
	Secundaria-Incompleta	6	13	14	1	34
	Secundaria-Completa	3	0	6	0	9
	Superior Incompleta	1	5	1	2	9
Total	20	32	38	3	93	

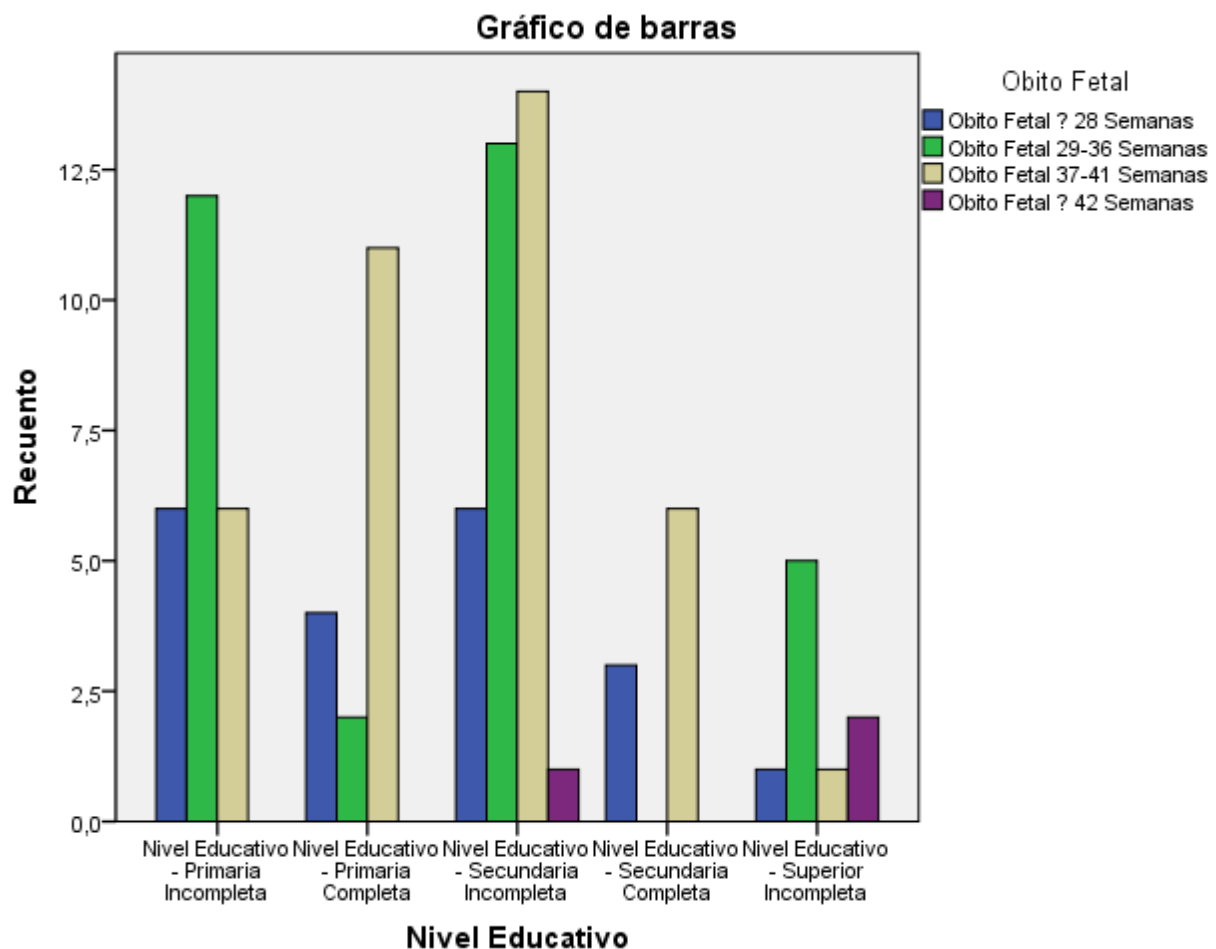
Prueba Chi cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,032 ^a	12	,004
Razón de verosimilitudes	28,910	12	,004
Asociación lineal por lineal	1,929	1	,165
N de casos válidos	93		

a. 12 casillas (60.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .29.

a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .29.

ANALIZAR Respecto a nivel educativo según el cruce de variables nos indica que si es significativo ya es si menor de 0.05 nos muestra que si hay relación entre variables.



Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Procedencia * óbito Fetal	93	100,0%	0	,0%	93	100,0%

Procedencia * óbito Fetal tabulación cruzada

Recuento

		óbito Fetal				Total
		óbito Fetal ≤ 28 Semanas	óbito Fetal 29-36 Semanas	óbito Fetal 37-41 Semanas	óbito Fetal > 42 Semanas	
Procedenci	Procedencia - Rural	11	18	12	0	41
	Procedencia - Urbano	3	7	12	1	23
	Marginal					
	Procedencia - Urbano	6	7	14	2	29
Total		20	32	38	3	93

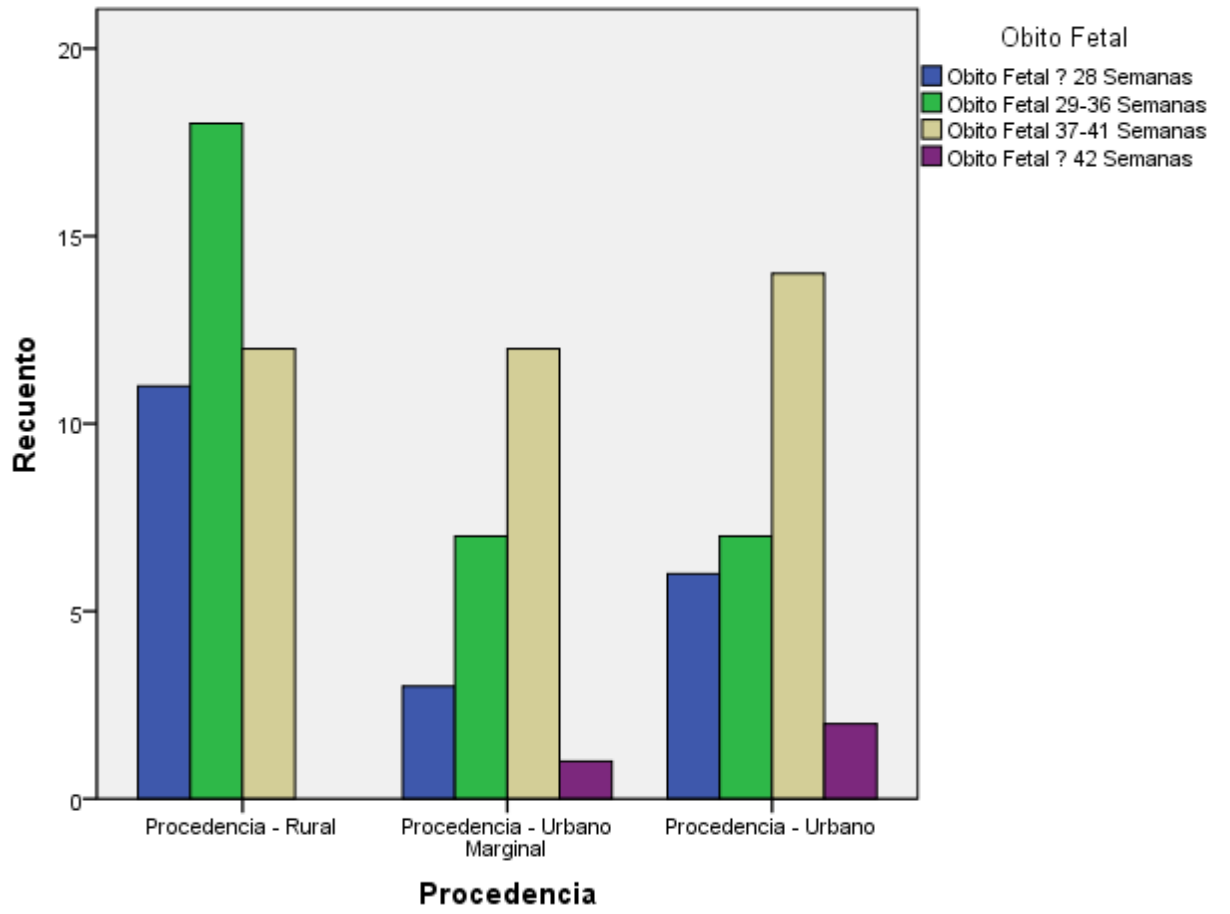
Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,467 ^a	6	,206
Razón de verosimilitudes	9,657	6	,140
Asociación lineal por lineal	4,186	1	,041
N de casos válidos	93		

a. 4 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .74.

ANALIZAR: Respecto al procedencia según el cruce de variables nos indica que si es significativo ya es si menor de 0.05 se nos dice que si hay relación entre variables.

Gráfico de barras



Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Paridad * óbito Fetal	93	100,0%	0	,0%	93	100,0%

Paridad * óbito Fetal tabulación cruzada

Recuento

		óbito Fetal				Total
		óbito Fetal ≤ 28 Semanas	óbito Fetal 29- 36 Semanas	óbito Fetal 37- 41 Semanas	óbito Fetal > 42 Semanas	
Paridad	Paridad 0	0	2	2	0	4
	Paridad 1-2	8	6	10	0	24
	Paridad 3-4	9	9	9	3	30
	Paridad > 4	3	15	17	0	35
Total		20	32	38	3	93

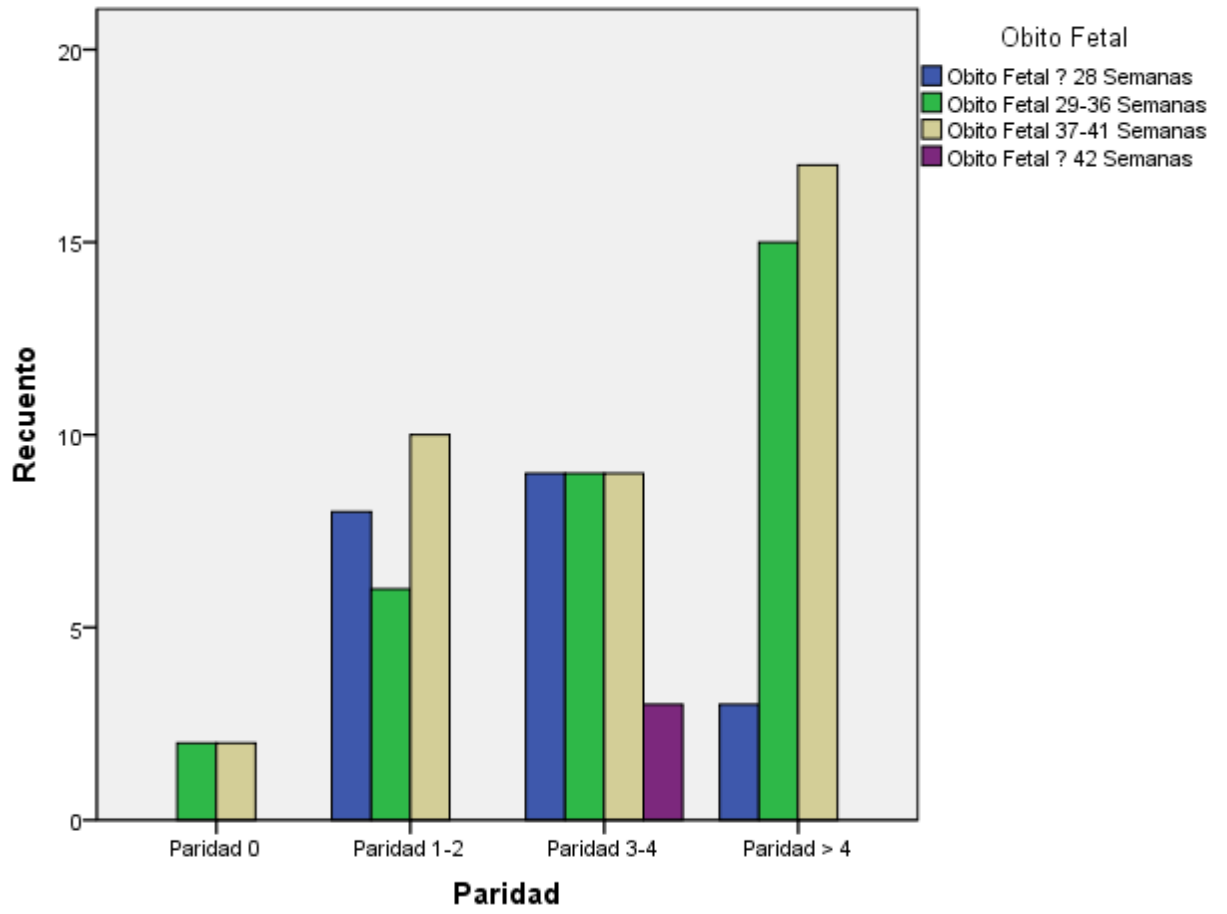
Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,707 ^a	9	,073
Razón de verosimilitudes	17,569	9	,041
Asociación lineal por lineal	1,005	1	,316
N de casos válidos	93		

a. 7 casillas (43.8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .13.

ANALIZAR: Respecto al paridad según el cruce de variables nos indica que si es significativa ya es si menor de 0.05 nos muestra que si hay relación entre variables.

Gráfico de barras



Resumen de procesamiento de datos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Atención Prenatal * Óbito Fetal	93	100,0%	0	,0%	93	100,0%

Atención Prenatal * Óbito Fetal tabulación cruzada

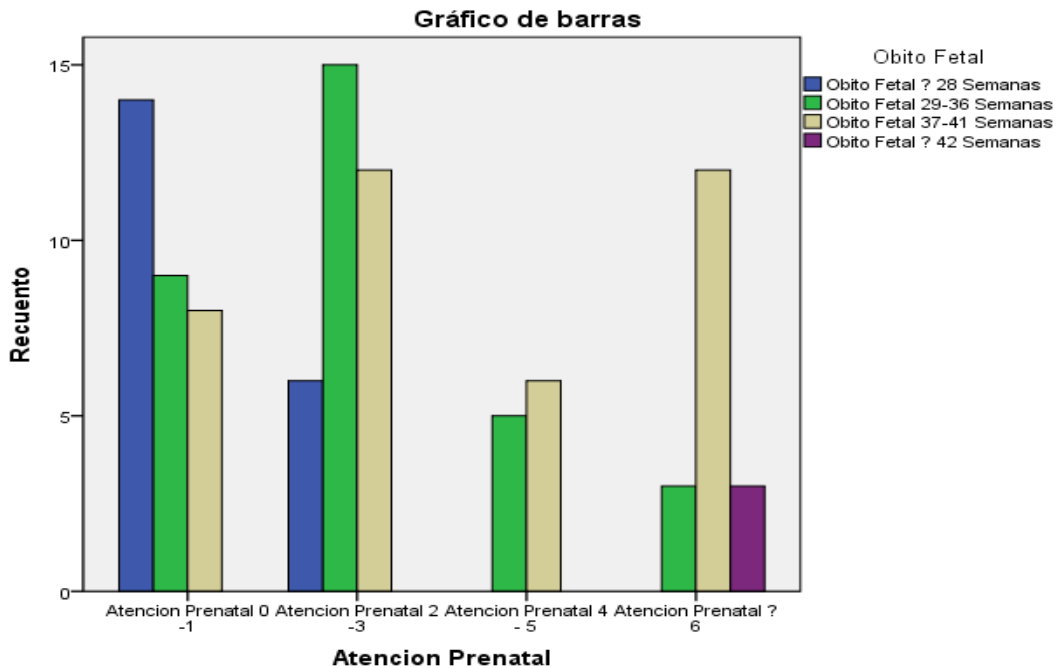
		Óbito Fetal				Total
		Óbito Fetal 28 Semanas	Óbito Fetal 29-36 Semanas	Óbito Fetal 37-41 Semanas	Óbito Fetal ? 42 Semanas	
		Atención Prenatal 0 -1	Atención Prenatal 2 -3	Atención Prenatal 4 – 5	Atención Prenatal 6	
Atención Prenatal	Atención Prenatal 0 -1	14	9	8	0	31
	Atención Prenatal 2 -3	6	15	12	0	33
	Atención Prenatal 4 – 5	0	5	6	0	11
	Atención Prenatal 6	0	3	12	3	18
Total		20	32	38	3	93

Prueba de Chi-cuadrado

	Óbito Fetal	Atención Prenatal
Chi-cuadrado	30,742 ^a	14,312 ^a
Gl	3	3
Sig. asintót.	,000	,003

a. 0 casillas (.0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 23.3.

ANALIZAR: Respecto a la atención prenatal según el cruce de variables nos indica que si es significativa ya es si menor de 0.05 nos muestra que si hay relación entre variables.



Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Inicio APN * Obito Fetal	93	100,0%	0	,0%	93	100,0%

Inicio APN * Óbito Fetal tablas cruzadas

Recuento

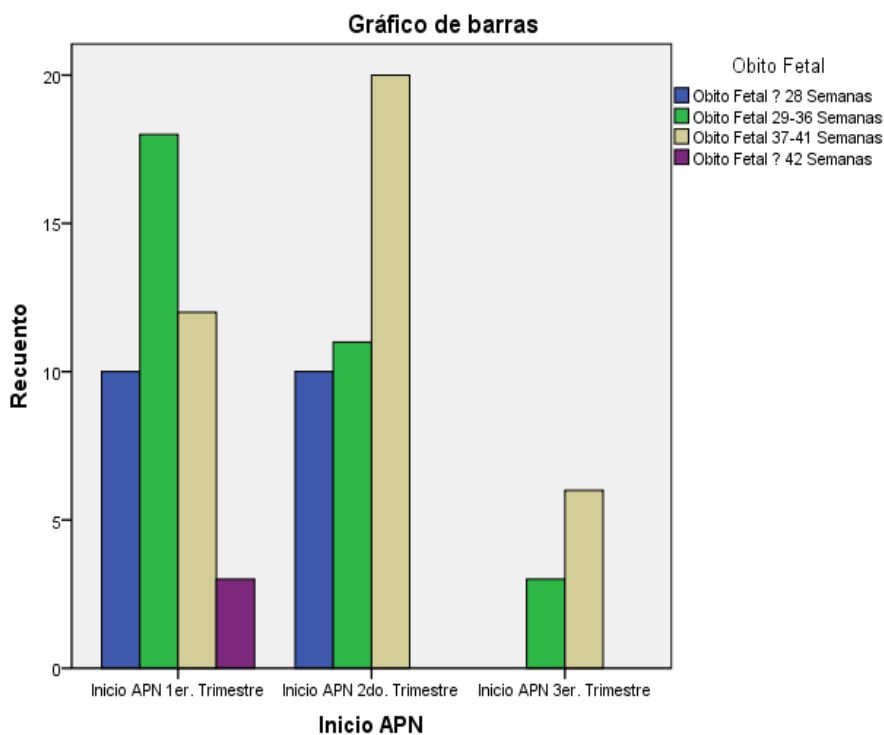
	óbito Fetal				Total
	óbito Fetal ≤ 28	óbito Fetal 29-36	óbito Fetal 37-41	óbito Fetal > 42	
	Semanas	Semanas	Semanas	Semanas	
Inicio APN 1er. Trimestre	10	18	12	3	43
Inicio APN 2do. Trimestre	10	11	20	0	41
Inicio APN 3er. Trimestre	0	3	6	0	9
Total	20	32	38	3	93

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,887 ^a	6	,092
Razón de verosimilitudes	13,915	6	,031
Asociación lineal por lineal	1,672	1	,196
N de casos válidos	93		

a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .29.

ANALIZAR: Respecto a inicio de las atenciones prenatales según el cruce de variables nos indica que si es significativo ya es si menor de 0.05 nos muestra que si hay relación entre variables.



CONCLUSIONES

1. La edad materna con un (61.3%) y el insuficiente número de atenciones prenatales (86.02%) son factores sociodemográfico maternos que se presentan con mayor frecuencia en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.
2. Las gestantes de 20 a 35 años de edad son las que, representan un mayor porcentaje con un (61.3%), son las que presentaron óbito fetal, a diferencia de aquellas menores o iguales a 19 (19%) y mayores de 35 años de edad con (19.4%).
3. El bajo nivel educativo de las gestantes son las primaria incompleta y secundaria incompleta es (66.7%), la multiparidad son las que tuvieron de 3-4 o más de 4 partos (54%) así como la proceden de zona rural (54.8%), son factores sociodemográficos maternos que también se presentan en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.
4. La atención prenatal de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal es insuficiente de 0 a 3 atenciones durante el embarazo, en relación al número mínimo de atenciones prenatales establecidas en los documentos técnicos de atención integral de la gestante del Ministerio de Salud del Perú, que señalan 6 atenciones prenatales para considerar una gestante controlada.
5. Fue mayor el porcentaje con un (57.1%), de gestantes con diagnóstico de óbito fetal que iniciaron su atención prenatal entre el segundo y tercer trimestre que el de aquellas que iniciaron en el primer trimestre del embarazo.

6. El mayor número de casos de óbito fetal es (57%), en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa, se presentaron entre las 37 a 41 semanas de embarazo.
7. Se encontró significancia estadística en la relación entre la edad materna, el insuficiente número de atenciones prenatales y gestantes con diagnóstico de óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero – Diciembre del 2014.

RECOMENDACIONES

1. Ampliar las investigaciones sobre gestantes con diagnóstico de óbito fetal en nuestra región, que permitan conocer otras asociaciones con factores de riesgo que puedan presentarse.
2. Mejorar el seguimiento de las gestantes, a través de las visitas domiciliarias por el personal de salud y la participación de autoridades y líderes comunales, entre ellos promotores de salud, utilizando herramientas como el radar de gestantes y padrón nominal, con énfasis en aquellas gestantes que no acudan a su atención prenatal oportunamente.
3. Desarrollar estrategias de comunicación y educación a la gestante, familia y comunidad con la finalidad de que reconozcan los signos de alarma oportunamente, para buscar ayuda y así evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida de la madre y el feto.
4. Incluir el derecho a la salud y el respeto a la cultura en la práctica cotidiana de la atención ambulatoria y hospitalaria de la gestante, con la finalidad de que acudan regularmente a su atención prenatal.
5. Fomentar en las gestantes a término el uso de una hoja de monitoreo de movimientos fetales, para detectar oportunamente su disminución, buscar ayuda y evitar la muerte fetal.
6. Difundir a través de los medios de comunicación, espacios de reunión comunal, talleres o capacitaciones dirigidas a la familia y comunidad los programas orientados al cuidado de la Salud Sexual y Reproductiva.

FUENTES DE INFORMACION

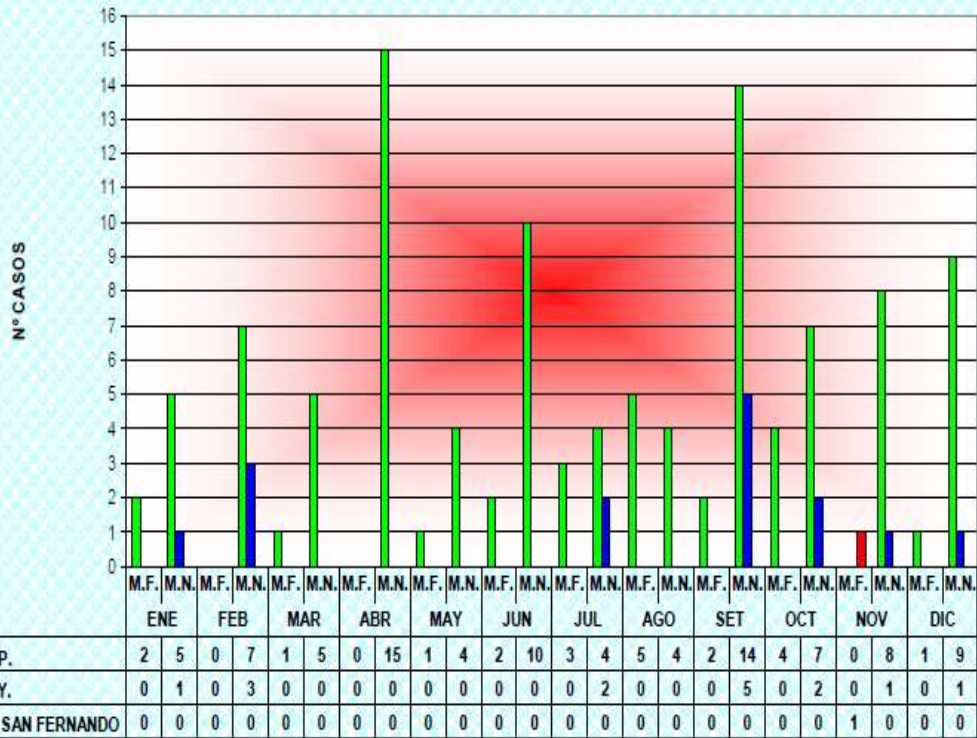
1. Ariel R., Sánchez J., Sartori M., y Speciale, J."Muerte fetal intrauterina"Rev .Medí .EE.UU. 2008.
2. Rivas, P .Edgar "Riesgo de muerte fetal por grupos etarios en una Clínica Universitaria en Cartagena", Colombia 2013.
3. Panduro J., Vázquez M., Pérez J., Castro J. "Factores de riesgo prenatal en la muerte fetal tardía". Ginecol. Obstet. Mex. 2006.
4. Rojas E., Salas K., Oviedo G., y Plenzyk G. "Incidencia y Factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 Hospitales Venezolanos". Rev. Chil. Obstet. Ginecol.2006.
5. Rosibel M., Grullón G., y Rodríguez R. "Incidencia y causas de obito fetal en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez". Santiago R. 1995.
6. Linares J.,Poulsen R. "Muerte fetal in útero: etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta". Chile. 2007.
7. Trejo k, Ávila "Índice de muerte fetal tardía factores de riesgo obstétrico, perinatales socioeconómicos asociados "en el Hospital Materno Infantil en el año 2012.
8. Carroli G. y Belizan J. "Episiotomía en el parto vaginal". Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 1999.
9. Flores C., Pérez E., "Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes "La Encuesta Nacional y Demografía y Salud. Colombia en el 2010.
10. Millán V. Sarabia T;"Muerte fetal" en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima Perú 2003
11. Gutiérrez .,Factores que se Asocian a la Muerte Fetal Intrauterina" Hospital "María Auxiliadora" Del Cono Sur de Lima – 2011

12. Bendezu y col.” Conocer el comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 35 años con resultado del producto en óbito fetal”en el Servicio de Obstetricia EsSalud de Ucayali (2009)
13. Lidia M. y Culi. “Factores de riesgo asociados a morbimortalidad perinatal precoz en el Hospital San Juan de Dios”. Ancash. Perú. Rev. Méd. Panacea. 2012.
14. Vera L.“Epidemiología de la Muerte fetal intrauterina” en el Hospital San Bartolomé en el año 2002.
15. Schawarcz, R. y otros Obstetricia 5^{ta} ed. Buenos Aires, El Ateneo 1995.
16. Susser., M. “ Muerte Fetal” Organización Mundial de la Salud
17. Pacheco J.; “Ginecología Obstetricia y Reproducción Humana”. 2^{da}. Edición. Rep. Sap. Lima. Perú. 2007.
18. Heredia.,B. “Muerte Fetal”
19. Meyling, E .Torres. “Factores de Riesgos Maternos asociados a Mortalidad Perinatal”, Hospital San Juan de Dios Nicaragua 2006.
20. Ticona, M., Aspajo .Factores de riesgo de la mortalidad perinatal” Rev. Peruana .Obst Ginecol 2003.
21. Donoso, E .Carbajal.J“ La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal,” Rev. Med Chile 2014
22. Jorge, P., Mendoza “Adolescente embarazada: características y riesgos” Hospital Docente Materno Infantil Rev Cubana Obstet Ginecol 1997.
23. Nubia; Vásquez “Determinar la Frecuencia de las Causas Predisponentes del Óbito Fetal en Pacientes Atendidas en el Hospital Materno Infantil” Ecuador 2013.
24. Enrique. D., Siña, “Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes” de Chile, 1990–1999
25. Miluska. F., Bazán“ Nivel de Conocimiento y las Actitudes” Universidad Nacional de San Martin 2012
26. Sepúlveda, Quinteros.,E. “Muerte Fetal” Rev. Colombiana Obstet.Ginecol 2004.

27. Yangali, L; Neida "Factores de Riesgo para Óbito Fetal" Hospital Belen de Trujillo 2011.
28. Alfredo, S. "Estudio Anatomico, Clínico de las Causas de Muerte Fetal" Rev. Chilena obstet.Ginecol 2005.
29. Diaz.L;Huancin "Mortalidad Perinatal" Hospital Nacional Edgardo Rebalati Martines.Rev.Med.Hered.2003.
30. Lilia,H.Percy; "La Muerte Fetal y Muerte Neonatal Tiene Origen Multifactorial. Universidad Mayor de San Marcos 2003.
31. Vicki.Flenady "Muerte fetal intrauterino" Instituto de Investigación Médica Mater, South Brisbane, 2011.
32. Pons,A;Eduardo "muerte fetal" Centro Especializado de Vigilancia Materno-fetal de Ginecol y Obstet 2014.
33. Janer;S "Muerte Fetal Inexplicable" Rev. Colombiana Obstet.Ginecol 2004.
34. María, Valdez; col "Muerte Fetal "Guía de práctica clínica.
35. Alfredo; Ovalle "Estudio Anátomo-Clínico de las Causas de Muerte Fetal" Rev.Chil.Obstet.Ginecol 2005.
36. Alvarez R. "El método Científico En Ciencias De La Salud" España 1996
37. Ministerio de Salud "Documento técnico Consejero en el Marco de la Salud Materna "En el año 2010.
38. Ministerio de Salud "Guía clínica para la atención prenatal" Revista Médica del, 2003
39. Ministerio de Sanidad" Guía de práctica clínica de atención" en el 2014
40. Casini; col" Guía de Control Prenatal Embarazo normal2012

ANEXOS

**CASOS NOTIFICADOS DE MUERTES FETALES Y NEONATALES
POR EE.SS. - UCAYALI 2013**



Fuente : Direccion de Epidemiologia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS MATERNOS ASOCIADOS A OBITO FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2012 A DICIEMBRE DEL 2014

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO PRINCIPAL	HIPOTESIS PRINCIPAL	OPERACIONALIZACION		METODO
			VARIABLES	INDICADORES	
¿Cuáles son los factores socio demográficos maternos asociados a óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?	Determinar los factores socio demográficos maternos asociados a óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	La edad materna y el insuficiente número de atenciones prenatales son los factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia a óbito fetal en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	VARIABLE INDEPENDIENTE Factores socio demográficos maternos.- Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una muerte fetal, siendo estos factores atención prenatal, edad materna, nivel educativo, paridad y la procedencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna • Nivel educativo • Procedencia • Paridad • Atención prenatal • Inicio de la atención prenatal 	Correlacional, ya que determina la relación entre variables, cuantificando el grado en que se relacionan.
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS SECUNDARIAS	VARIABLE DEPENDIENTE Óbito fetal.- Es la muerte del feto que ocurre a partir de la semana 22 de la gestación, previa a su expulsión o extracción, independientemente de la duración del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor o igual a 28 semanas. ✓ Entre 29 y 36 semanas. ✓ Entre 37 y 41 semanas. ✓ Mayor o igual a 42 semanas. 	.
-¿Cuál es el número de atenciones prenatales que recibieron las gestantes con diagnóstico de óbito fetal que fueron atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?	-Conocer el número de atenciones prenatales que recibieron las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	-Es insuficiente el número de atenciones prenatales que recibieron las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	.		

-¿Cuándo iniciaron su atención prenatal las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?	-Precisar el inicio de la atención prenatal en las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	-Es tardío el inicio de la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.			
-¿Cuál es el grupo etareo en el cual se presentaron el mayor número de casos de óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?	-Establecer el grupo etareo en el cual se presentaron el mayor número de casos de óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	-Entre 20 y 35 años de edad es el mayor número de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.			
-¿Cuál es el nivel educativo de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?	-Identificar el nivel educativo de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	-Tienen bajo nivel educativo las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.			
-¿Cuál es la paridad en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?	-Conocer la paridad en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	-La primiparidad es frecuente en gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.			
-¿De dónde proceden las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014?	-Conocer la procedencia de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.	-Proceden de la zona rural el mayor número de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo Enero 2012 a Diciembre del 2014.			

CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN

Edad Materna	Menor o igual a 19 años											
	Entre 20 y 35 años											
	Mayor de 35 años											
Nivel educativo	Letrada											
	Primaria incompleta											
	Primaria completa											
	Secundaria incompleta											
	Secundaria completa											
	Superior incompleta											
	Superior completa											
Procedencia	Rural											
	Urbano marginal											
	Urbano											
Paridad	0											
	1 – 2											
	3 – 4											
	Más de 4											
Atención prenatal	0-1											
	2-3											
	4-5											
	Mayor o igual a 6											
Inicio de la APN	Primer trimestre											
	Segundo trimestre											
	Tercer trimestre											
Óbito fetal	Menor o igual a 28 semanas											
	Entre 29 y 36 semanas											
	Entre 37 y 41 semanas											
	Mayor o igual a 42 semanas											

