

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TITULO

**FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE
MUERTE FETAL INTRAUTERO EN EL
HOSPITAL APOYO IQUITOS**

2000- 2002

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ

Presentado por:

CARMITA ROSSINA ABREU RODRIGUEZ

ASESOR

RICARDO CHAVEZ CHACALTANA

REGION LORETO

IQUITOS - PERU

2003



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Creada por Ley N° 25213 del 29-05-1990

Av. Abelardo Quiñónes Km. 2.5 - San Juan ☎ 261088 - 261092

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Iquitos, a los veintiocho días del mes de noviembre del 2003, a las 13:30 horas, el Jurado Evaluador, según Resolución Decanal N° 037-2003-FCS-UPL, designado por el señor Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, integrados por los señores miembros que a continuación se indica:

- Med. Jesús Magallanes Castilla Presidente
- Obst. Leea Cuenca Pérez Miembro
- Med. Nicolas Hernández Hernández Miembro

Se constituyeron en el Auditorio de la Universidad Particular de Iquitos, cito en Av. Quiñones Km. 2.5 San Juan, para evaluar la sustentación de Tesis Titulada: "ESTUDIO CASO CONTROL SOBRE LOS FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE MUERTE FETAL INTRAUTERINO EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS, 2000 - 2002", de la bachiller en Obstetricia ABREU RODRÍGUEZ CARMITA ROSSINA, para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia que otorga la Universidad Particular de Iquitos, de acuerdo a ley y Reglamento Interno

Después de haber evaluado y formulado las preguntas necesaria, las cuales fueron respondidas en forma: SATISFACTORIA

El Jurado después de la deliberación correspondiente en privado llegó a la siguiente conclusión:

1.- La Tesis ha sido APROBADA

2.- Observaciones NINGUNA

Siendo la 14:30 HORAS, se dio por concluida la sustentación de Tesis, felicitándose a la expositora por SU APROBACIÓN

Med. Jesús Magallanes Castilla
Presidente del Jurado

Med. Nicolas Hernández Hernández
Miembro

Obst. Leea Cuenca Pérez
Miembro

INDICE DE CONTENIDO

Indice de contenido	ii
Indice de Cuadros	iv
Indice de Gráficas	v
Dedicatoria	vi
Reconocimiento	vii
Resumen	viii

CAPITULO I

1. Introducción	2
2. Planteamiento del problema	4
3. Objetivos	5

CAPITULO II

4. Marco Teórico	7
5. Términos Operacionales	11

CAPITULO III

6. Diseño de Investigación	14
7. Población y Muestra	14
8. Técnicas e Instrumentos	15
9. Procedimiento y Recolección de Datos	15
10. Análisis e Interpretación	16

CAPITULO IV

11. Resultados	19
12. Discusión	29
13. Conclusiones	33
14. Recomendaciones	34

CAPITULO V

15.	Referencias Bibliográficas	36
16.	Anexos	38

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Relación entre Edad materna y Muerte Fetal intraútero	19
Tabla N° 2	Relación entre Procedencia y Muerte Fetal intraútero	20
Tabla N° 3	Relación entre Nivel de Estudios y Muerte Fetal intraútero	21
Tabla N° 4	Relación entre Estado Civil y Muerte Fetal intraútero	22
Tabla N° 5	Relación entre Paridad y Muerte Fetal intraútero	23
Tabla N° 6	Relación entre Intervalo Intergénésico y Muerte Fetal intraútero	24
Tabla N° 7	Relación entre Algunos antecedentes Obstétricos y Muerte Fetal Intraútero	25
Tabla N° 8	Relación entre Control Pre Natal y Muerte Fetal intraútero	26
Tabla N° 9	Relación entre Morbilidad Asociada y Muerte Fetal intraútero	27
Tabla N° 10	Relación entre Morbilidad Asociada y Muerte Fetal intraútero	27

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica N° 1 Distribución según Edad de las Muertes Fetales Intraútero	19
Gráfica N° 2 Distribución de las muertes fetales Intraútero según Procedencia	20
Gráfica N° 3 Distribución de las muertes fetales Intraútero según nivel de Instrucción	21
Gráfica N° 4 Distribución de las muertes fetales Intraútero según estado civil	22
Gráfica N° 5 Distribución de las muertes fetales Intraútero según Número de Partos	23
Gráfica N° 6 Distribución de las muertes fetales Intraútero según periodo Intergénésico	24
Gráfica N°7 Antecedentes Obstétricos de las Muertes Fetales Intraútero	25

DEDICATORIA

A MIS PADRES

CLEVER Y MARLENE

A MIS HERMANOS

**CLEVER Y
LILIA**

RECONOCIMIENTO

- Al Dr. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA por su apoyo brindado en el presente trabajo.
- A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Particular de Iquitos que incentivaron en nuestro deseo de superarnos cada día.
- Al personal asistencial del Hospital Apoyo Iquitos por su apoyo durante mi internado, época que quedara como un muy grato recuerdo en nuestras vidas.

RESUMEN

Introducción

La tasa de muerte fetal varía en forma inversa al desarrollo socio-económico de la población, que suele incrementarse con el embarazo de riesgo alto. La identificación de los factores de riesgo, su prevención y detección temprana van a permitir un descenso progresivo de la mortalidad, acorde al desarrollo económico y sanitario.

El presente estudio tienen el propósito de identificar algunos factores maternos que se asocian significativamente a la prevalencia de muerte fetal intrauterina en el Hospital Apoyo Iquitos, con la finalidad de que dicha información sirva para mejorar la vigilancia y control de las gestantes de riesgo a través de los programas de Control Pre Natal de los centros asistenciales del Ministerio de Salud de nuestra región, permitiendo un favorable impacto en la reducción de la prevalencia de muerte fetal intraútero por factores maternos.

Objetivo

Determinar los factores maternos asociados a la prevalencia de muerte fetal intraútero en el Hospital Apoyo Iquitos entre 2000 a 2002

Metodología

El diseño fue Caso Control, los casos son los muertos fetales intraútero u óbitos fetales que ocurrieron en el Hospital Apoyo Iquitos entre el 2000 al 2002.

Se calculo 72 casos y 144 controles (recién nacidos vivos).

La unidad de estudio fueron las Historias Clínicas Perinatales y las historias clínicas de las madres, el muestreo de los casos fueron en forma aleatoria.

La información requerida fue obtenida a través de una ficha de recolección de datos, luego ingresada y analizada a través del Software Epi Info 6.04.

Resultados

La muerte fetal intraútero se relaciono significativamente ($p = 0.049$) con edades de mayores 34 años y menores de 20 años.

La muerte fetal intraútero fue mayor en las gestantes que proceden de la zona rural ($p = 0.046$).

La muerte fetal intraútero se relaciono significativamente ($p = 0.045$) con paridad > de 5 y en nuliparas.

Los casos de muerte fetal intraútero se presentaron con mayor frecuencia con intervalos intergésico de un año y de dos años ($p = 0.044$).

Las gestantes con antecedente de prematuridad tenían un OR de 2.99 ($p = 0.042$) y las que tuvieron RNBP un OR de 2.53 ($p = 0.041$) para presentar muerte fetal intraútero.

Las gestantes que no tuvieron un CPN tienen un OR de 1.89 ($p = 0.038$) para muerte fetal intraútero.

La morbilidad asociada se asocio significativamente (OR = 1.86, p = 0.049) a muerte fetal intraútero.

La pre eclampsia (OR = 3.47, p = 0.026), la hemorragia del III trimestre (OR = 3.77, p = 0.028) y la infección urinaria (OR = 2.66, p = 0.021) se relacionaron significativamente con presencia de muerte fetal intraútero.

Recomendaciones

El Programa de Control Pre Natal debe priorizar la vigilancia de segunda generación en las gestantes con factores de riesgo para muerte fetal intraútero

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La tasa de muerte fetal varía en forma inversa al desarrollo socio-económico de la población, que suele incrementarse con el embarazo de riesgo alto. La identificación de los factores de riesgo, su prevención y detección temprana van a permitir un descenso progresivo de la mortalidad, acorde al desarrollo económico y sanitario¹.

El óbito fetal es la muerte fetal intraútero durante la gestación, a partir de la semana 20 de gestación hasta el momento del parto, teniendo además de cumplir con un feto más de 500 gramos, es frecuente en países en vías de desarrollo, aunque la incidencia varía de acuerdo a las condiciones de vida que tiene la gestante y a las áreas geográficas^{2,3}.

Loreto está considerado como el tercer departamento con mayor índice global de pobreza (51.1), con tasa de fecundidad (4.3), mortalidad infantil (39.4 por mil), recién nacidos de bajo peso (5.9), así como una menor cobertura de controles pre natales (62.8%) y de partos atendidos (39.6%) que el promedio nacional (83.8%, 57.9%)^{4,5}.

Además que en nuestra región existe un menor conocimiento y uso de algún método anticonceptivo, el inicio de relaciones sexuales es antes de los 17.5 años de edad, mientras que en otras ciudades como en la costa del país es más de 19.5 años de edad^{6,7}; CHAVEZ y col. (1997)⁸ encuestó en las capitales de provincia del departamento de Loreto a adolescentes escolares encontrando que el inicio de relaciones sexuales en los hombres fue entre los 11.6-14.8 (IC) y de las mujeres 13.8 - 16.4 (IC).

El Hospital Apoyo Iquitos se encuentra estratégicamente ubicado en la colindación de tres distritos populares como el de Iquitos, Belén y San Juan; Tiene la mayor producción de atenciones en gestantes que los otros Hospitales de la

ciudad, la mayor proporción de gestantes en adolescentes y han presentado casos de muertes fetales intraútero sin tener la causa ni los factores que la llevaron.

El presente estudio tienen el propósito de identificar algunos factores maternos que se asocian significativamente a la prevalencia de muerte fetal intrauterina en el Hospital Apoyo Iquitos, con la finalidad de que dicha información sirva para mejorar la vigilancia y control de las gestantes de riesgo a través de los programas de Control Pre Natal de los centros asistenciales del Ministerio de Salud de nuestra región, permitiendo un favorable impacto en la reducción de la prevalencia de muerte fetal intraútero por factores maternos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores maternos asociados a la prevalencia de muerte fetal intraútero en el Hospital Apoyo Iquitos, entre los años del 2000 al 2002?

OBJETIVOS

a) General.-

- Determinar los factores maternos asociados a la prevalencia de muerte fetal intraútero en el Hospital Apoyo Iquitos entre 2000 a 2002

b) Específicos.-

- Identificar algunas características sociodemográficas de la madre como edad, procedencia y nivel de instrucción y su relación con la muerte fetal intraútero.
- Identificar los antecedentes obstétricos como: paridad, intervalo intergésico, partos prematuros previos, aborto, recién nacido con bajo peso, óbito fetal; y su relación con la muerte fetal intraútero.
- Determinar la frecuencia del control pre natal y su relación con la muerte fetal intraútero.
- Determinar la morbilidad asociada durante el embarazo y su relación con la muerte fetal intraútero.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Muerte fetal intraútero es el feto que muere más allá de las 20 semanas de embarazo y con un peso superior a 500 gramos ⁹.

BLANCO ⁹ menciona que son tres las causas fundamentalmente en la aparición de muerte fetal intraútero: ovulares, fetales y maternas, donde se considera el 27% a una causa materna, un 16% que se atribuye a la relación de madre – feto, otro 16% se atribuye a causas fetales, el 42% se atribuye a causas ovulares donde entre estas causas se las divide en: placenta, cordón y membranas ovulares.

AGUIRRE (2000) ¹⁰ encontró en el Instituto de Maternidad de Bolivia, que la etiología más frecuente de muerte fetal intraútero, fue de causa ovular en el 47%, dentro de ellas la más frecuente fue el desprendimiento prematuro placenta (29%), en un grupo de 16 a 20 años .

PARDO (1993) ¹¹, encontró en un centro asistencial de Santiago – Chile, que la primera patología materna que puede causar una muerte fetal es la Pre Eclampsia y Eclampsia; los casos de anemia por deficiencia de hierro y la anemia megaloblástica son causas fundamentales de muerte. Otros casos se han descrito como la atrofia amarilla del Hígado, la Colestasis hepática, enfermedades crónicas (cardiopatías, nefropatías graves, diabetes).

En las causas maternas, el factor socioeconómico es muy importante, la muerte fetal es más común en mujeres pobres que en mujeres ricas, porque no tienen acceso al control prenatal, y por las condiciones en el medio en el que se desenvuelven ⁹.

CHAVEZ W. (1996) ¹² en su estudio para establecer los factores de riesgo de muerte fetal intraútero en una población peruana norteña. Por lo que evaluó

2,743 partos con recién nacidos de peso igual o mayor de 500 y/o mayor de 19 semanas de gestación atendidos en el Hospital de Apoyo III de la ciudad de Sullana – Perú, entre Junio 1994 a Junio de 1995, encontrando 92 nacidos muertos, con tasa de muerte fetal de 33,5 por 1000 nacidos, 53,6% durante el embarazo, 30,4% en un momento desconocido y 11,9% durante el parto. Las causas de la muerte intraútero fueron las infecciones (44.6%), las hemorragias (25%) y la hipertensión (9,8%). No se pudo determinar la causa de la muerte en 16,3% de los casos. Los factores de riesgo de la muerte fetal fueron: a) Maternos: multiparidad (RR 1,65), parto inducido (RR 7,75), CPN (RR 0,44), presentación pelviana (RR 2,95) y transversa (RR 4,56), parto pretérmino (RR 8,66) y enfermedades maternas (RR 3,14), principalmente hemorragia del segundo trimestre (RR 26,22); y b) Maternofetal y fetal: peso bajo al nacer (RR 11,30), pretérmino por examen físico (RR 10,42), desproporción cefalopélvica (RR 1,07) y malformaciones (RR 10,42). Los factores de riesgo que de ser modificados, producirían una disminución de la muerte fetal son: patología materna (RAP 0,51), peso bajo al nacer (RAP 0,48), pretérmino por FUR (RAP 0,40), pretérmino por examen físico (RAP 0,40), malformaciones (RAP 0,33), CPN (RAP 0,30), anemia crónica (RAP 0,20), HTT (RAP 0,14), parto inducido (RAP 0,11), presentación pelviana (RAP 0,10), mayor de 35 años (RAP 0,10), multiparidad (RAP 0,07), amenaza de parto prematuro (RAP 0,07), otras infecciones (RAP 0,06), hemorragia del segundo trimestre (RAP 0,05), presentación transversa (RAP 0,03) e hipertensión previa (RAP 0,02).

CRUZ y col. (1999) ¹³, evaluaron el riesgo de muerte fetal preparto, intraparto y neonatal inmediata e identificar los factores de riesgo en una población urbana. Estudiaron 23,154 expedientes de fetos y recién nacidos ≥ 28 semanas de edad gestacional, atendidos en 4 hospitales de la región La Libertad – Perú, durante 1997-1999. La tasa de mortalidad fetal tardía fue de 18.7 x mil nacimientos y el riesgo de muerte fue mayor en el preparto (13 x 1000). El cuidado prenatal disminuyó en 68% y 57% el riesgo de muerte fetal y neonatal respectivamente. Fueron factores de riesgo para muerte fetal: nivel de estudios

primario o ninguno, menos de 3 o ninguna visita prenatal, madre primigesta, hemorragia del III trimestre, tamaño fetal no acorde con la edad gestacional, anemia, presentación fetal pelviana, edad gestacional al parto $< 36s$ ó $\geq 42 s$ y uso de oxitócicos.

PACHECO (1999) ¹⁴ refiere que en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, los principales factores de riesgos para muerte fetal intraútero son: la patología materna con riesgo relativo (RR) de 5.5., el inadecuado control prenatal, con un RR de 4, la multiparidad con un RR de 2.3., hemorragia del tercer trimestre con un RR de 8.5, la amenaza de parto prematuro con un RR de 10.6, la rotura prematura de membrana con un RR de 2, la hemorragia del segundo trimestre con RR de 19, el embarazo múltiple de 3.4, el parto podálico con RR de 5.1 y las malformaciones congénitas con RR de 5.2. Además la edad materna mayor de 35 años presenta una MFT con un RR de 2.3, antecedente de natimuerto presenta una MFT con RR de 3.9. Las frecuencia de óbitos fetales es mayor antes de las 37 semanas de gestación (65.6%).

HUIZA (2000) ¹⁵ evaluó entre enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2000 casos de muerte fetal en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Bartolomé durante el mismo periodo de estudio. La prevalencia de muerte fetal fue 1,68% (508/30125). Los factores clínicos asociados a la muerte fetal en forma significativa historia de natimuerto (OR: 2,45, IC 95%: 1,40-4,28), el embarazo múltiple (OR: 2,35, IC 95%: 1,49-3,70), la privación social (OR: 1,58, IC 95%: 1,30-1,92), el aborto previo (OR: 1,35, IC 95%: 1,10-1,67), la edad mayor de 30 años (OR: 1,29, IC 95%: 1,05-1,59) y la multiparidad (OR: 1,29, IC 95%: 1,06-1,56), hijo con peso bajo (OR: 3,35, IC 95%: 1,36-8,24), ausencia de control prenatal (OR: 3,06 IC 95%: 2,56-3,67), parto por cesárea (OR: 2,79, IC 95%: 2,34-3,33), anemia crónica (OR: 2,69, IC 95%: 2,18-3,32), ruptura prematura de membranas (OR: 2,69, IC 95%: 2,18-3,32), infección puerperal (OR: 2,36, IC 95%: 1,45-3,86), otras patologías maternas (OR: 2,17, IC 95%: 1,76-2,67), prediabetes-diabetes (OR 1,83 IC95% 1,12-2,98), infección urinaria (OR: 1,56, IC 95%: 1,24-1,95), aborto

previo (OR: 1,52, IC 95%: 1,25-1,83), preeclampsia-eclampsia (OR: 1,44, IC 95%: 1,16-1,80), neonato varón (OR: 1,33, IC 95%: 1,12-1,59). La ausencia de enfermedad o complicación materna disminuía significativamente el riesgo de muerte neonatal (OR: 0,24, IC 95%: 0,19-0,31).

Los factores clínicos que disminuían el riesgo de muerte fetal fueron: la alfabetización de la madre (OR: 0,18, IC 95%: 0,07-0,46), el alumbramiento completo (OR: 0,17, IC 95%: 0,14-0,21), la ausencia de patología materna (OR: 0,50, IC 95%: 0,41-0,62) y el sexo fetal varón (OR: 0,79, IC 95%: 0,65-0,96).

De la CRUZ (2003) ¹⁶ evaluó 185 historias clínicas perinatales de muertes fetales intraútero en el Hospital Regional de Loreto – Perú, encontrando que las muertes intrauterinas están asociadas a gestantes que presentan más de 34 años ($p = 0.003$), procedente de zona urbana ($p = 0.000$), las gestantes con 4 a más gestaciones ($p = 0.027$).

Las gestantes con antecedente de hijos prematuros presentaron con más frecuencia muerte fetal intraútero (OR = 3.6, $p = 0.03$). antecedente de RNBP (OR = 2.5, $p = 0.03$), antecedente de óbito fetal (OR = 18.5, $p = 0.000$), amenaza de parto prematuro (OR = 3.1; $p = 0.02$), eclampsia (OR = 8.6; $p = 0.02$), embarazo múltiple (OR = 12.3; $p = 0.003$), hemorragia del III trimestre (OR = 18.6; $p = 0.000$). ruptura prematura de membrana (OR = 2.7; $p = 0.01$) y tiempo de gestación menor de 37 semanas (OR = 99.6, $p = 0.000$).

TERMINOS OPERACIONALES

VARIABLE DEPENDIENTE

ÓBITO FETAL: Es el feto que fallece habiendo cumplido 20 semanas o más de edad gestacional o con un peso superior a 500 gramos.

VARIABLES INDEPENDIENTES

EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta, se expresa en años.

PROCEDENCIA: Lugar de residencia del paciente en relación al perímetro de la ciudad; se operacionalizará en zona urbana, urbanomarginal y rural.

NIVEL DE ESTUDIOS: Años de estudios cursados y aprobados. Se operacionaliza como Ninguno, Primaria, Secundaria y superior o técnica.

PARIDAD: Se dice que una mujer ha parido cuando a producido por vía vaginal o por cesárea un producto que pese 500g o más, o que posee más de 20 semanas de Edad Gestacional, se operacionalizará como gran multipara 5 o más partos.

INTERVALO INTERGENESICO: Tiempo transcurrido entre el último parto y el actual.

ANTECEDENTE DE RNBP: Antecedente de haber tenido RN menor de 2500 gramos a término.

ANTECEDENTE DE ABORTO: Historia de una interrupción de la gestación con o sin extracción o expulsión total o parcial del feto antes de cumplir 20 semanas y/o antes de pesar 500 gramos.

ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD: Historia de nacimiento que ocurrió antes de las 37 semanas de gestación, es decir, menos de 259 días de embarazo contados a partir del primer día de la última menstruación ¹⁶.

CONTROL PRENATAL: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el obstetra a la gestante, se considera gestante controlada aquella que recibe 4 a más controles prenatales, y no controlada aquella con menos de 4 cuatro controles prenatales ¹⁷.

MORBILIDAD ASOCIADA: Manifestaciones estructurales y funcionales de enfermedad en la gestante, como: Hipertensión, Infección, Malaria, Diabetes, Hemorragia, etc.

CAPITULO III

METODOLOGIA

DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño que se uso en el presente estudio de investigación es de Caso Control, que se realizó en el Hospital Apoyo Iquitos con información entre Enero del 2000 a Diciembre del 2002.

POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo constituida por todos los recién nacidos y las muertes fetales intraútero que ocurrieron en el Hospital Apoyo Iquitos, entre Enero del 2000 a Diciembre del 2002.

El tamaño muestral para estudios casos y controles es:

$$n = \frac{\{ p_1 (100 - p_1) + (p_2 (100 - p_2)) \} f(\text{alfa y beta})}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = número de paciente necesario en cada grupo

p₁ = probabilidad de exposición en el grupo control (50%)

p₂ = probabilidad de exposición en los casos calculado con la siguiente formula

$$p_2 = p_1 \times RR / \{(p_1)(RR) + (100-p_1)\}$$

$$p_2 = 66.7\%$$

RR = mínimo 2

f(alfa y beta) = 7.85

Siendo el número de casos de 72; como la población sin muerte fetal intraútero es mucho mayor se tomara por cada caso dos controles, para efecto del estudio se trabaja con el total de 144 casos.

Los casos fueron todos aquellos que fueron registrados como muerte fetal intraútero, los controles fueron todo aquel recién nacido en ese mismo lapso de tiempo, por la mayor frecuencia de los recién nacidos se tomó por cada caso dos controles, el tipo de muestreo será sistemático.

La unidad de estudio fueron las Historias Clínicas Perinatales – Base diseñadas por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS) y las historias clínicas de las madres.

El único criterio de exclusión son la ausencia de la historia clínica perinatal y la historia clínica de la madre.

El muestreo de los casos y controles fueron en forma aleatoria a través de los números randón.

TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se elaboró una ficha de recolección de datos (Anexo N° 1), en el cual se consigno información sobre las características de la madre (edad, procedencia, nivel de estudios); Antecedentes obstétricos (paridad, intervalo intergénésico, antecedente de aborto, prematuros, RNBP, óbito fetal); antecedentes del embarazo actual (CPN, morbilidad asociada).

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se reviso el libro de hospitalización de Obstetricia para identificar los casos de muerte fetal intraútero, con el número de historia se ubico las historias clínicas perinatológicas (CLAP) y la historia de la madre.

A través del libro de hospitalización, el mismo día que ocurrió el caso se tomo al azar dos recién nacidos vivos que serán los controles.

La revisión y anotación de la información fue realizada por la investigadora, los datos obtenidos fueron anotados en las fichas de recolección de datos previa verificación del asesor de la tesis.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

La información requerida fue trasladada a la ficha de recolección de datos, previa revisión del asesor de la Tesis y luego ingresada a una base de datos elaborada en el Software Epi Info 6.2.

Los resultados se presentan mediante tablas de distribución de frecuencia (univariadas y divariadas) y gráficas (barras y pie).

Estadística Descriptiva

VARIABLE	ESTADISTICA DESCRIPTIVA	PRESENTACION
Edad Materna	Porcentaje	Pie
Procedencia	Porcentaje	Anillos
Nivel de Estudios	Porcentaje	Pie
Paridad	Porcentaje	Anillo
Intervalo intergésico	Porcentaje	Pie
Antecedente de Prematuridad	Porcentaje	Barra
Antecedentes de RNBP	Porcentaje	Barra
Antecedentes de Aborto	Porcentaje	Barra
Antecedentes de óbito	Porcentaje	Barra
CPN	Porcentaje	Tabla de frecuencia
Morbilidad asociada	Porcentaje	Tabla de frecuencia

Estadística Inferencial

Relación entre la variable dependiente y las variables independientes

VARIABLE	ESTADISTICA DESCRIPTIVA	PRESENTACION
Edad materna	X^2	Tabla
Procedencia	X^2	Tabla
Nivel de estudios	X^2	Tabla
Paridad	X^2	Tabla
Intervalo intergésico	X^2	Tabla
Antecedente de Prematuridad	X^2	Tabla
Antecedente de RNBP	X^2	Tabla
Antecedente de aborto	X^2	Tabla
Antecedente de óbito	X^2	Tabla
CPN	X^2	Tabla
Morbilidad asociada	X^2	Tabla
Tipo de Morbilidad	X^2	Tabla

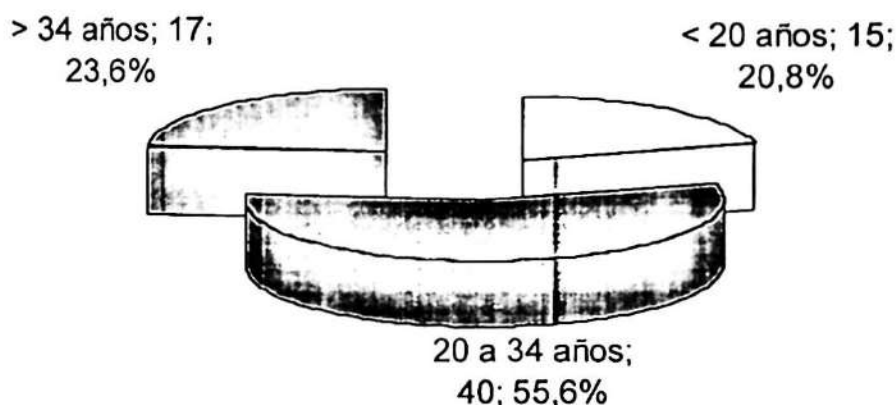
CAPITULO IV

RESULTADOS

a) Algunas características sociodemográficas de la madre y su relación con la muerte fetal intraútero.

El 55.6% de las gestantes que presentaron muerte fetal intraútero presenta entre 20 a 34 años de edad y el 23.6% son mayores de 34 años (Gráfica N° 1).

Gráfica N° 1
Distribución según Edad de las Muertes Fetales Intraútero
Hospital Apoyo Iquitos 2000 - 2002



La distribución de muerte fetal intraútero fue mayor en las gestantes con más de 34 años (23.6%) y en las menores de 20 años (20.8%) en comparación con las gestantes con recién nacido vivo (14.6% y 13.2%), esta distribución fue significativa ($p = 0.0497$) (Tabla N° 1).

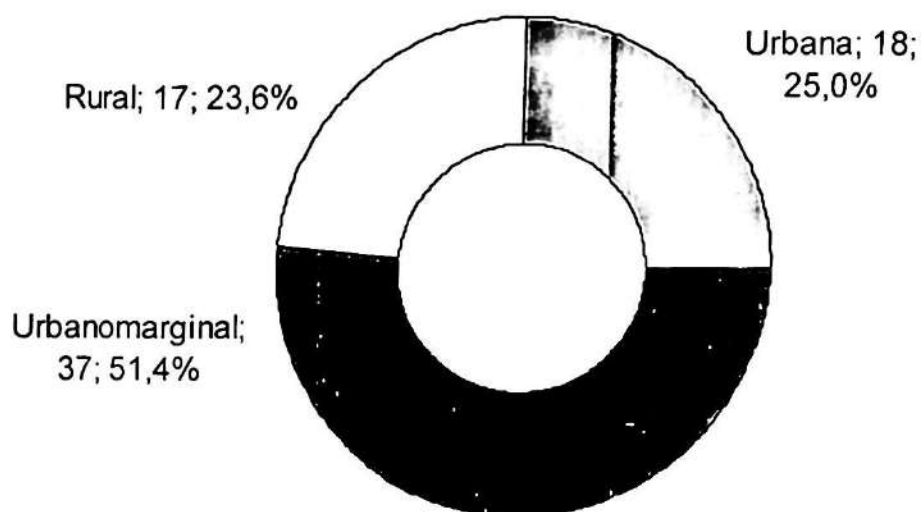
Tabla N° 1
Relación entre Edad materna y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

Edad Materna	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total
< 20 años	15	20,8%	19	13,2%	34
20 a 34 años	40	55,6%	104	72,2%	144
> 34 años	17	23,6%	21	14,6%	38
Total	72	100,0%	144	100,0%	216

($p = 0.0497$)

El 51.4% de las muertes fetales intraútero proceden de la zona urbanomarginal de la ciudad de Iquitos (Gráfica N° 2).

Gráfica N° 2
Distribución de las muertes fetales intraútero según Procedencia
Hospital Apoyo Iquitos 2000 - 2002



La muerte fetal intraútero fue mayor en las gestantes que proceden de la zona rural (23.6%) en comparación con las gestantes que presentaron recién nacido vivo (11.1%), se encontró relación significativa entre procedencia y muerte fetal intraútero ($p = 0.046$) (Tabla N° 2).

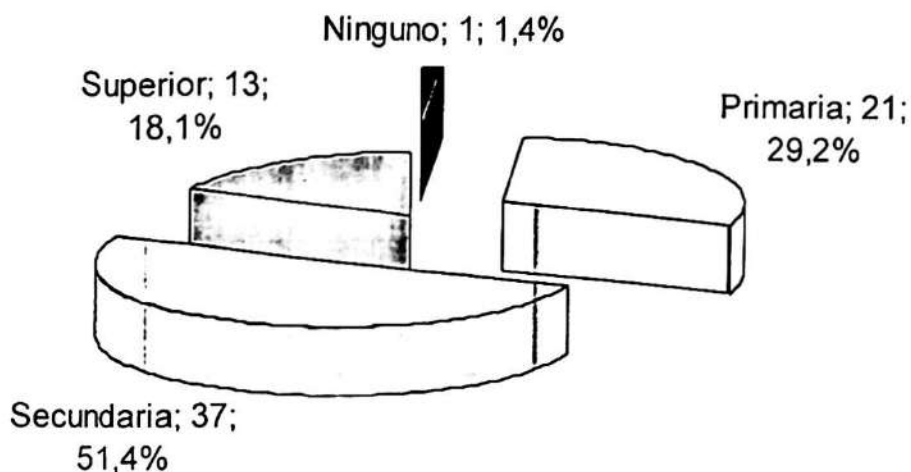
Tabla N° 2
Relación entre Procedencia y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

Procedencia	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total
Urbana	18	25,0%	48	33,3%	66
Urbanomarginal	37	51,4%	80	55,6%	117
Rural	17	23,6%	16	11,1%	33
Total	72	100,0%	144	100,0%	216

($p = 0.046$)

El 51.4% de las gestantes con muerte fetal intraútero presentan un nivel de estudios de Secundaria (Gráfica N° 3).

Gráfica N° 3
Distribución de las muertes fetales intraútero según nivel de instrucción
Hospital Apoyo Iquitos 2000 - 2002



Los casos de muerte fetal intrauterino se presentaron más en gestantes con nivel educacional de primaria (29.2%) y secundaria (18.1%) que en las gestantes con recién nacido vivo (23.6% y 15.3%), no se encontró relación significativa ($p = 0.706$) (Tabla N° 3).

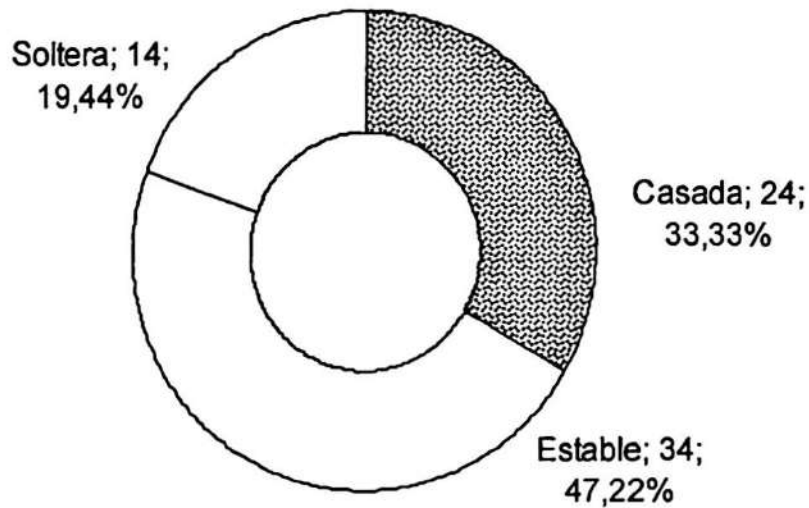
Tabla N° 3
Relación entre Nivel de Estudios y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

Nivel	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total
Ninguno	1	1,4%	2	1,4%	3
Primaria	21	29,2%	34	23,6%	55
Secundaria	37	51,4%	86	59,7%	123
Superior	13	18,1%	22	15,3%	35
Total	72	100,0%	144	100,0%	216

$(p = 0.706)$

El 47.2% de las gestantes con muerte fetal intraútero presentan un estado civil estable (Gráfica N° 4).

Gráfica N° 4
Distribución de las muertes fetales según Estado Civil
Hospital Apoyo Iquitos 2000 - 2002



El 33.3% de los casos de muerte intraútero ocurren en casadas más que en las gestantes con recién nacido vivo (25.0%, no se encontró relación significativa entre estado civil y muerte fetal intraútero ($p = 0.417$) (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Relación entre Estado Civil y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

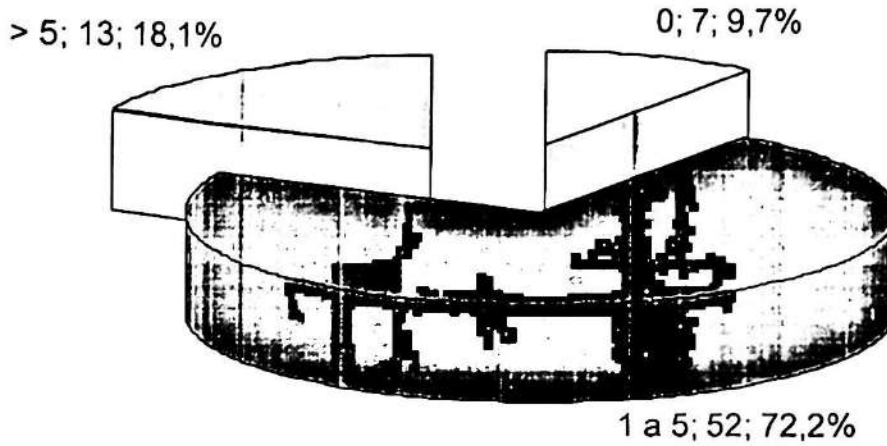
Estado Civil	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total
Casada	24	33,3%	36	25,0%	60
Estable	34	47,2%	79	54,9%	113
Soltera	14	19,4%	29	20,1%	43
Total	72	100,0%	144	100,0%	216

(p = 0.417)

b) Antecedentes obstétricos y su relación con la muerte fetal intraútero.

El 72.2% de las gestante con mortalidad fetal intraútero presentan entre 1 a 5 partos (Gráfica N° 5).

Gráfica N° 5
Distribución de las muertes fetales intraútero según Número de partos
Hospital Apoyo Iquitos 2000 - 2002



La distribución de muerte fetal intraútero fue mayor en las gestantes con más de 5 partos (18.1%) y en las nulíparas (9.7%) en comparación con las gestantes con recién nacido vivo (7.6% y 6.9%), esta distribución fue significativa ($p = 0.045$) (Tabla N° 5).

Tabla N° 5
Relación entre Paridad y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

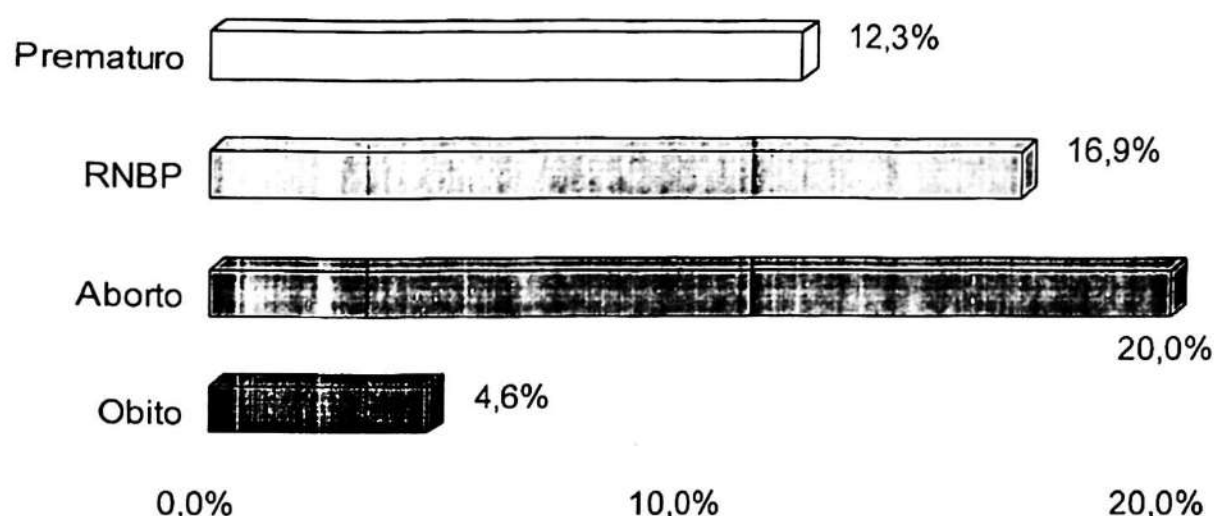
Paridad	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total
0	7	9,7%	10	6,9%	17
1 a 5	52	72,2%	123	85,4%	175
> 5	13	18,1%	11	7,6%	24
Total	72	100,0%	144	100,0%	216

$(p = 0.045)$

El 44.6% de las gestantes con muerte fetal intraútero tienen un intervalo intergénésico de 3 años (Gráfica N° 6).

Los casos de muerte fetal intraútero se presentaron con mayor frecuencia

Gráfica N°7
Antecedentes Obstétricos de las Muertes Fetales Intraútero
Hospital Apoyo Iquitos 2000 - 2002



El 57.1% de las madres con antecedente de hijos prematuros presentaron muerte fetal intraútero, se encontró tiene una asociación significativa del antecedente de prematuridad y muerte fetal intrauterino (OR = 2.99, p = 0.042) (Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Relación entre Algunos antecedentes Obstétricos y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

Antecedente obstétrico	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total	OR, p
Prematuro	8	57,1%	6	42,9%	14	2.99, 0.042
RNBP	11	52,4%	10	47,6%	21	2.53 0.041
Aborto	13	56,5%	14	43,5%	23	2.14 0.064
Óbito	3	50,0%	3	50,0%	6	2.11 0.349

El 52.4% de las madres con antecedente de RNBP presentaron muerte

en intervalos intergénésico de un año (12.3%) y de dos años (24.6%) en comparación en aquellas con recién nacido vivo (5.2% y 13.4%), se encontró relación significativa en la distribución de los casos ($p = 0.044$) (Tabla N° 6).

Gráfica N° 6
Distribución de las muertes fetales intraútero según
periodo intergénésico
Hospital Apoyo Iquitos 2000 - 2002

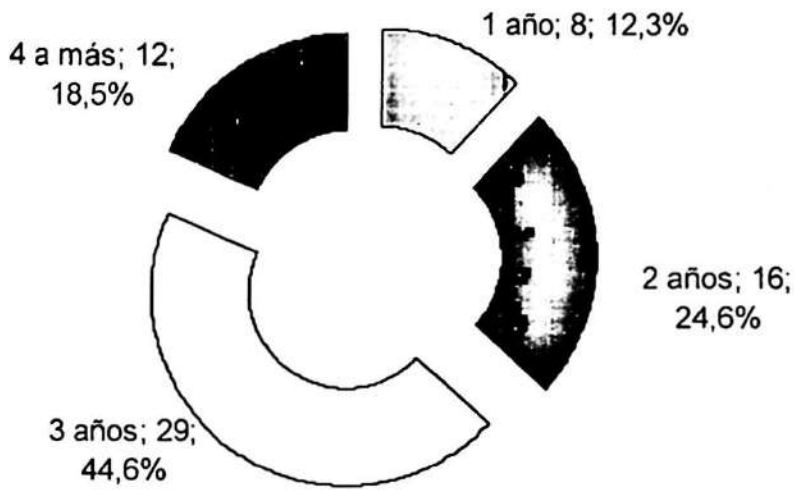


Tabla N° 6
Relación entre Intervalo Intergénésico y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

IIG	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total
1	8	12,3%	7	5,2%	15
2	16	24,6%	18	13,4%	34
3	29	44,6%	79	59,0%	108
4	12	18,5%	30	22,4%	42
Total	65	100,0%	134	100,0%	199

$(p = 0.044)$

El 12.3% de las gestantes con mortalidad fetal intrauterina presentaron hijos prematuros, el 16.9% recién nacidos de bajo peso, el 20.0% abortos y el 4.6% antecedente de óbito fetal (Gráfica N° 7).

fetal intraútero, se encontró una asociación significativa entre el antecedente de RNBP y muerte fetal intrauterino (OR = 2.53, p = 0.041) (Tabla N° 7).

El 56.5% de las madres con antecedente de aborto presentaron muerte fetal intraútero, no se encontró relación significativa (p = 0.064) (Tabla N° 7).

El 50.0% de las madres con antecedente de óbito fetal presentaron muerte fetal intraútero, no se encontró relación significativa (p = 0.349) (Tabla N° 7).

c) Frecuencia del control pre natal y su relación con la muerte fetal intraútero.

El 70.8% de las gestantes con mortalidad fetal intrauterina no tuvieron control pre natal, fue mucho mayor que en las gestantes que tuvieron recién nacidos vivos (56.3%); se encontró relación significativa entre no control pre natal y muerte fetal intrauterino (p = 0.038) (Tabla N° 8).

Tabla N° 8
Relación entre Control Pre Natal y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

CPN	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total
Controlada	21	29,2%	63	43,8%	84
No controlada	51	70,8%	81	56,3%	132
Total	72	100,0%	144	100,0%	216

(OR = 0.53, p = 0.038)

d) Morbilidad asociada durante el embarazo y su relación con la muerte fetal intraútero.

El 34.7% de las gestantes con muerte fetal intraútero presentaron en su embarazo actual morbilidad asociada, se encontró que las gestantes que presentan morbilidad asociada se asocian significativamente (p = 0.049) a muerte fetal intraútero (Tabla N° 9).

Tabla N° 9
Relación entre Morbilidad Asociada y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

Morbilidad	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total
Si	25	34,7%	32	22,2%	57
No	47	65,3%	112	77,8%	159
Total	72	100,0%	144	100,0%	216

(OR = 1.86, p = 0.049)

El 61.5% de las gestantes con pre eclampsia presentaron muerte fetal intraútero; se encontró una asociación significativa entre pre eclampsia y muerte fetal intraútero ($p = 0.026$) (Tabla N° 10).

El 63.6% de las gestantes con hemorragia del III trimestre presentaron muerte fetal intraútero; se encontró una asociación significativa ($p = 0.028$) entre hemorragia del III trimestre y muerte fetal intraútero (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Relación entre Morbilidad Asociada y Muerte Fetal intraútero
Hospital Apoyo Iquitos
2000 - 2002

Morbilidad	Muerto Intraútero	%	RN vivo	%	Total	OR, p
Anemia crónica	17	45,9%	20	54,1%	37	1.17 0.073
Eclampsia	3	75,0%	1	25,0%	4	6.22 0.074
Pre eclampsia	8	61,5%	5	38,5%	13	3.47 0.026
Hemorragia del III trim.	7	63,6%	4	36,4%	11	3.77 0.028
Hiperémesis grávidica	7	41,2%	10	58,8%	17	1.44 0.474
ITU	13	54,2%	11	45,8%	24	2.66 0.021
RPM	5	55,6%	4	44,4%	9	2.61 0.148

El 54.2% de las gestantes con infección urinaria presentaron muerte fetal intraútero; se encontró una asociación significativa ($p = 0.021$) entre infección urinaria y muerte fetal intraútero (Tabla N° 10).

DISCUSION

Nuestro estudio muestra lo que se encuentra en la literatura que la población gestante es predominante en edad fértil, lo que corresponde entre 20 a 34 años, en ambos grupos se aprecia esta tendencia, en los casos es el 55.6% y en los controles el 72.2% (Tabla N° 1).

La muerte fetal intraútero es más frecuente en los extremos de la vida, menos de 20 años (adolescentes) y mayores de 34 años (añosas) lo reporta: MEJIA (2000) ¹⁷ evaluó a 423 gestantes en Jauja-Junín (3375 msnm) en 1996, encontró mayor incidencia de muerte intraútero en gestantes adolescentes tempranas, PACHECO (1999) ¹⁴ encuentra que una edad materna mayor de 35 años presenta RR de 2.3 para presentar muerte fetal intraútero, HUIZA (2000) ¹⁵ encuentra que desde la edad mayor de 30 años es riesgo para muerte fetal intraútero; mientras que DE LA CRUZ (2003) ¹⁶ al evaluar a 185 gestantes con muerte intraútero en el Hospital Regional de Loreto encuentra con más frecuencia en mayores de 34 años; en nuestro estudio se encontró que el 44.1% (15/34) de las gestantes menores de 20 años y el 44.7% (17/38) de las mayores de 34 años presentaron con más frecuencia muerte fetal intraútero que en el grupo de 20 a 34 años que solo fueron el 27.8% (40/144), esta diferencia encontrada fue significativa ($p < 0.05$); uno de los factores de riesgo para muerte fetal intraútero en las gestantes son las edades extremas de la vida ya que biológicamente no están aptas para un proceso reproductivo.

En nuestro estudio se encontró que el 51.5% (17/33) de las gestantes que proceden de la zona rural presentaron muerte fetal intraútero en comparación a las gestantes que proceden de la zona urbana (27.3%) y de la zona urbano marginal ((31.6%), DE LA CRUZ (2003) ¹⁶ en su estudio encontró que de 52 gestantes procedente de la zona rural el 76.9% presentaron muerte fetal intraútero; esta mayor frecuencia en el estudio de DE LA CRUZ pueda estar afectado a que el Hospital Regional de Loreto es del nivel III mientras que el Hospital Apoyo Iquitos

de nivel I por lo que las gestantes con alto riesgo en su mayoría son transferida a ese nosocomio; por otro lado, el poblador que habita en zona rural tiene menos posibilidad de tener acceso al sistema de salud así como otros factores como nivel socioeconómico menor que los que habitan en zona urbana, que le condicionan a tener menor nivel de vida con una mayor tasa de morbilidad que influyen en el periodo pre y pos natal..

El nivel de instrucción condiciona en muchas oportunidades el nivel de salud de una persona, en nuestro estudio se aprecia que la distribución de los casos y controles según el nivel de estudios no presenta diferencia significativa, si establecemos la proporción de muerte fetal intraútero por cada nivel se aprecia que las gestante con nivel primario el 38.2% presento muerte fetal intraútero, las de secundaria 30.8% y las de nivel superior 37.1% no mostrando que sea un factor asociado en nuestro estudio.

El 40% (24/60) de las casadas presentan muerte fetal intraútero, el 32.6% (14/43) de las solteras y el 30.1% (34/113) con relación estable; no se encontró relación significativa ($p > 0.05$); no hemos encontrado información sobre la condición del estado civil como factor de riesgo.

PACHECO (1999) ¹⁴, indica que la multiparidad es un factor de riesgo para muerte fetal intraútero con un RR de 2.3, CHAVEZ W. (1996) ¹² en su estudio encontró que multiparidad es un factor causal de muerte fetal intraútero; HIZA (2000) ¹⁵ encuentra a la multiparidad como factor de riesgo de muerte fetal intraútero, DE LA CRUZ (2003) ¹⁶, encontró que el 89.5% de las gestantes con más de 5 partos presentaron muerte fetal intraútero, en nuestro estudio encontramos que el 54.2% de las gestantes con más de 5 partos presentaron muerte fetal intraútero. La multiparidad lleva a una degeneración de la fibra uterina permitiendo presencia de distocias dinámicas aumentando el riesgo de muerte intraútero

DE LA CRUZ (2003) ¹⁶ no encontró relación entre intervalo intergénésico. Y muerte fetal intraútero, nosotros encontramos que el 53.3% de las gestantes con menos de una de periodo intergénésico presentaron muerte fetal intraútero, el 47.0% en las que tienen un periodo menor de 2 años, los datos muestran que a mayor es el tiempo de intervalo intergénésico menor es la frecuencia de muerte intraútero, los que tuvieron más de 4 años solo el 28.6% presentaron muerte fetal intraútero; el aparato reproductor femenino requiere de un tiempo fisiológico para tener posibilidad de poder concebir y llevar a buen término, aunque la población de estudio no es muy grande se debe reunir más casos con la finalidad de evaluar otros factores como edad, morbilidad, etc., que se asocien al periodo genésico corto como causa de muerte fetal intraútero ²⁰.

El 57.1% de las gestantes con antecedente de prematuridad presentaron muerte fetal intraútero, con un OR de 2.99 veces más de riesgo que aquellas gestantes sin antecedente de prematuridad; DE LA CRUZ (2003) ¹⁶. encontró una asociación significativa entre antecedentes de prematuridad y muerte fetal intraútero con un OR de 3.6 veces más riesgo de presentar muerte fetal intraútero que las que no lo presentaron.

Encontramos que las gestantes con antecedente de recién nacido de bajo peso tienen algo más de 2.5 veces la posibilidad de tener una muerte fetal intraútero que aquellas gestantes que no lo presentan, igual hallazgo encuentra DE LA CRUZ (2003) ¹⁶ en el Hospital Regional de Loreto con un OR de 2.5.

La literatura muestra que los dos últimos factores descritos en nuestro estudio pueden estar relacionados con los niveles bajos de alfafetoproteína en suero materno; la alfafetoproteína es una substancia oncogénica descubierta por *Bestard y Czar* en 1956, que puede ser detectada en el embrión humano a partir de la cuarta semana de la concepción; se publicaron trabajos sobre su asociación significativa con las anomalías cromosómicas, particularmente las trisomías 13, 18 y 21. ²¹⁻²⁶. Posteriormente otros investigadores comenzaron a relacionarla con la

edad y el peso materno, y aumentaba su valor de predicción en la detección de alteraciones cromosómicas fetales.^{21,25} A partir de los años 80 se han reportado trabajos relacionándola con el incremento relativo de la culminación adversa del embarazo; óbito fetal, abortos espontáneos, mola hidatiforme,²³ embarazos no viables,²⁵ partos pretérminos,²⁷ retardo en el crecimiento fetal ^{23,25,27,28} y coriocarcinoma.

HERNANDEZ (1997) ²⁹, realizó el estudio prospectivo (cohortes) de 127 entre las 16 y 19 semanas de gestación que presentaron niveles bajos de alfafetoproteína en suero materno, fue mayor el porcentaje de complicaciones durante su embarazo, y fueron las más frecuentes la hipertensión arterial, la amenaza de parto pretermino y la anemia. Las complicaciones durante el parto fueron el sufrimiento fetal, la RPM y la enfermedad funicular. El riesgo relativo de bajo peso al nacer, parto pretérmino y mortalidad perinatal fue estadísticamente significativo para valores bajos de AFP-SM.

Aunque el antecedente de muerte fetal intraútero es un factor de riesgo para que éste se presente nuevamente¹⁸, nuestro estudio no encontró relación significativa, mientras que DE LA CRUZ (2003) ¹⁶ si encontró relación significativa y la de PACHECO (1999) ¹⁴ que encuentra que el antecedente de natimuerto presenta un RR de 3.9 para presentar óbitos fetales.

PACHECO (1999) ⁶; menciona que la falta de control prenatal es un factor de riesgo para varias morbilidades durante la gestación como muerte fetal intraútero, RCIU, prematuridad, RNBP, etc., CRUZ y col. (1999) ¹³ encuentran que menos de 3 controles o ninguna visita pre natal es un factor de riesgo de muerte fetal intraútero; nuestro estudio encuentra que de las 216 gestantes el 38.9% presentaron control pre natal, mientras que el 70.8% de gestantes con muerte fetal intraútero no tuvieron control pre natal siendo significativa la relación.

La presencia de morbilidad asociada es un factor de riesgo para presentar muerte fetal intraútero en cualquier trimestre del embarazo, nuestro estudio encuentra que el 34.7% de muerte fetal intraútero presenta morbilidad mientras que en las gestante con recién nacido vivo solo el 22.2% presento morbilidad asociada.

Nuestro estudio encontró una relación significativa entre pre eclampsia, hemorragia del III trimestre e infección urinaria con muerte fetal intraútero.

KAHHALE y col. (1991) ¹⁹ evaluaron a 1449 gestantes hipertensas, de la Clínica Obstétrica del Hospital das Clínicas de FMUSP, encontrando 18 casos de óbitos fetales dando una incidencia de 1.2 por cada 1000 nacidos vivos; CHAVEZ W. (1996) ¹² encuentra con factor de de riesgo hipertensión previa (RAP 0,02); HUIZA (2000) ¹⁵ encuentra que la preeclampsia-eclampsia tiene un OR de 1.44 para presentar muerte fetal intraútero; DE LA CRUZ (2003) ¹⁶ encontró que las gestantes que presentaron eclampsia tuvieron 8.6 veces más riesgo de presentar muerte fetal intraútero con respecto a las que no la tuvieron; en nuestro estudio se encuentra que la pre eclampsia tiene un OR de 3.47 como riesgo de muerte fetal intraútero.

CRUZ y col. (1999) ¹³ encuentran que la hemorragia del tercer trimestre es un factor de riesgo de muerte fetal intraútero, PACHECO (1999) ¹⁴ encuentra en su estudio que la hemorragia del tercer trimestre presenta con un RR de 8.5 para presentar muerte fetal intraútero, DE LA CRUZ (2003) ¹⁶ encuentra en su estudio del Hospital Regional de Loreto que la hemorragia del tercer trimestre tiene 18.6 veces más para presentar muerte fetal intraútero en relación con las que no la tuvieron; nuestro estudio en el Hospital Apoyo Iquitos se encontró un riesgo de 3.77 veces más en las gestantes que presentaron hemorragia del tercer trimestre con aquellas que no lo presentaron.

HUIZA (2000) ¹⁵ encuentra que la infección urinaria tiene un riesgo de 1,56

veces más para presentar muerte fetal intraútero; nosotros hallamos que la infección urinaria en el Hospital Apoyo Iquitos tiene un riesgo de 2.66 veces más para presentar muerte fetal intraútero.

CONCLUSIONES

1. La muerte fetal intraútero fue mayor en las gestantes con más de 34 años y en las menores de 20 años ($p = 0.0497$).
2. La muerte fetal intraútero fue mayor en las gestantes que proceden de la zona rural ($p = 0.046$).
3. La distribución de muerte fetal intraútero fue mayor en las gestantes con más de 5 partos y en las nulípara en comparación con las gestantes con recién nacido vivo ($p = 0.045$).
4. Los casos de muerte fetal intraútero se presentaron con mayor frecuencia en intervalos intergésico de un año y de dos años en comparación en aquellas con recién nacido vivo ($p = 0.044$).
5. Las madres con antecedente de hijos prematuros presentaron con más frecuencia muerte fetal intraútero ($OR = 2.95$, $p = 0.042$).
6. Las madres con antecedente de RNBP presentaron con más frecuencia muerte fetal intraútero ($OR = 2.53$, $p = 0.041$).
7. No se encontró relación significativa entre aborto ($p = 0.064$) y antecedente de óbito fetal ($p = 0.349$) con muerte fetal intraútero.
8. El 70.8% de las gestantes con mortalidad fetal intrauterina no tuvieron control pre natal ($OR = 1.89$, $p = 0.038$).
9. Las gestantes con morbilidad asociada se relacionaron con más frecuencia a muerte fetal intraútero ($OR = 1.86$, $p = 0.049$) a muerte fetal intraútero.
10. Las gestantes con pre eclampsia presentaron con más frecuencia muerte fetal intraútero ($OR = 3.47$, $p = 0.026$).
11. Las gestantes con hemorragia del III trimestre presentaron con más frecuencia muerte fetal intraútero ($OR = 3.77$, $p = 0.028$).
12. Las gestantes con infección urinaria presentaron con más frecuencia muerte fetal intraútero ($OR = 2.66$, $p = 0.021$).

RECOMENDACIONES

1. El Programa de Control Pre Natal debe priorizar la vigilancia de segunda generación en las gestantes con factores de riesgo para muerte fetal intrútero
2. Evaluar la calidad de atención de los Programas de Control Pre Natal.

CAPITULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Uso actual de métodos anticonceptivos 1993-1997(1998). IMPPARES. www.inppares.org.pe/INDBAS.HTM - 33
2. INEI (1996) Información del Censo de Población y Vivienda. Lima – Perú. 1996.
3. Pardo J, Sedano M, Fuhman A, Capetillo M, Alarcón J. (1993): Muerte fetal. Análisis prospectivo de un año. Rev Chil Obstet Ginecol ; 58(4):262-270.
4. MINSA. Indicadores de Salud. 2000.
5. MINSA. Indicadores de Salud 2002.
6. Uso actual de métodos anticonceptivos 1993-1997(1998). IMPPARES. www.inppares.org.pe/INDBAS.HTM - 33
7. Situación de Situación de Salud en Perú Salud en Perú 2000 (2001). www.per.ops-oms.org/Situacion/Salud%20Américas%202002%20-%20Perú%20Actualiz%20Ene 03- Part2. pdf –
8. Chávez R., Chau V., Apagueño L., Abanto J., Salas F., Angulo J. y col. (1999). Conocimiento y Aptitud de Riesgo Para ETS/SIDA en los Adolescentes Escolares de la Región Loreto. Publicada en el Libro de Resúmenes del VI Congreso Peruano de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Agosto 1999. Lima.
9. Blanco S. Feto muerto intrauterino y retenido. <http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/feto-muer>
10. Aguirre M. (2000). Terapéutica de óbito fetal mayor a 20 semanas: Bolivia. Instituto de Maternidad Dr. Percy Boland Rodríguez. Memorias y publicaciones científicas: Instituto de Maternidad Dr. Percy Boland Rodríguez – Santa Cruz, MPb, p. 71-81.
11. Pardo J, Sedano M, Fuhman A, Capetillo M, Alarcón J. (1993): Muerte fetal. Análisis prospectivo de un año. Rev. Chil Obstet Ginecol; 58(4):262-270

12. Chávez W., Saldaña L., Oña J., Valdivieso A. (1996) Muerte Fetal intraútero. Factores de riesgo. Hospital de Apoyo III – Sullana. Ginecología y Obstetricia. 42(3).
13. Cruz-Bejarano S, Pereira J, Aldave P, Coronel E, Peralta V, Camilo C, y col. (1999). Medida del riesgo de muerte fetal y neonatal n una población urbana de la región La Libertad, Perú. Proyecto Financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Registro HDP/HDR/RGP PER-3055, como parte del Programa de Formación de Investigadores en Salud patrocinado por la OPS y el ISCIII
14. Pacheco Romero, J. (1999). Ginecologia y Obstetricia. Primera edición. Editorial MAD Corp. S.A. Lima Perú. p 1130.
15. Huiza L. Pacora P., Ayala M., Buzzio Y. (2000) La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial. Ann. Facul. Medicina. UNMSM. 64 (1).
16. De la Cruz R. (2003). Factores Maternos asociados a la muerte fetal intraútero en el Hospital Regional de Loreto 1999 - 2000. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. FMH. UNAP.
17. Mejía E. (2000). Características del embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente en la altura. Ginecol. & obstet;46(2):135-40.
18. Pauli R., Reiser C, Lebovitz R, Kirkpatrick (1994) J: Wisconsin Stillbirth Service Program: I. Establishment and assessment of a community-based program for etiologic investigation of intrauterine deaths. Am J Med Genetics; 50: 116-134.
19. Kahhale S.; Carrara W.; Bittar R.; Komagata H.; Bunduki V.; Zugaib M. (1991) Mortalidade perinatal nas síndromes hipertensivas Rev. ginecol. obstet;2(2):57-62.
20. Periodo placentario patológico. www.scbbs-bo.com/bolaj/
21. Baumgarten A. (1985) Prospective screening for Down Syndrome using maternal serum AFP. Lancet;1:1280-1.
22. Greene MF, Haddaw JE, Palomaki GE. (1986) Maternal serum AFP screening low and high values detecction of genetic abnormalities. Am J Obstet Gynecol;153:563-7.

23. Cukle HS, et al. (1985) Screening for Down's Syndrome using serum alpha feto protein. *Brit Med* 29 in 349.
24. Merkats HR, Milunsky HM, Macri JN, Johnson WE. (1984) An association between low maternal serum AFP and fetal chromosomes abnormalities. *Am J Obstet Ginecol*;148:886.
25. Duckle HS, et al. (1984) Maternal serum AFP measurement a screening test for Down's Syndrome. *Lancet*;1926.
26. Palomaki GE. (1986) Collaborative study of Down's syndrome screening using AFP-SM and maternal age.2:1480.
27. Haddow JE, et al. (1981) Relation between age and AFP-SM concentration during second trimester. *Clin Chem*;27(1):133.
28. Kjesler B, et al. (1977) AFP levels in maternal serum in relation to pregnancies outcome in 7 158 pregnant women: retrospective investigation. *Acta Obstet Gynecol Scand*;69:25.
29. Hernández L., Rodríguez A., Hernández J., Rodríguez L., (1997) Niveles bajos de alfafetoproteína en suero materno como indicador de riesgo perinatal. *Rev Cubana Obstet Ginecol*;23(2-3):108-114

ANEXOS

