



Universidad Científica del Perú - UCP

*Registrado en el Asiento N°A00010 de la Partida N°11000318, Persona jurídica de Iquitos
Suprntendencia de los Registros Públicos - SUNARP*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TESIS:

**FRECUENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE OBITO
FETAL EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR
GARCÍA DE JULIO 2017 A JUNIO 2018**

PARA OPTAR EI TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTOR:

Bach. EVELYN HAUXWELL SAENZ

ASESORA:

Obsta. Mgr. Gisela Palmela Pautrat Robles

SAN JUAN-IQUITOS

PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por su infinita bondad, a mis padres, Carlos Hauxvel y María Saenz por su apoyo constante y por enseñarme en cada momento el valor de la perseverancia para lograr mis metas personales y profesionales y en especial a mi esposo Eyre por el apoyo incondicional que me brindó durante todos estos años.

Evelyn



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 828-2018-UCP-FCS, del 11 de Octubre del 2018**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

- | | |
|------------------------------------------------------|-------------------|
| ✚ Obst. Marivel Vilma Cristóbal Flores, Mg. | Presidente |
| ✚ Med. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mg. | Miembro |
| ✚ Obst. Sarita Elena Torres Lima, Mg. | Miembro |

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:30 am. horas, del día 21 de Febrero del 2019, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **“FRECUENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE OBITO FETAL EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE JULIO 2017 A JUNIO 2018”**.

Presentado por la sustentante:

EVELYN HAUXWELL SAENZ

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

..... *Absueltas*

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

La Sustentación es:

..... *Aprobada por Unanimidad*

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

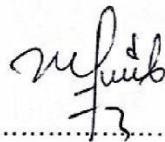
M. Vilma
.....
Obst. Marivel Vilma Cristóbal Flores, Mg.
Presidente

Magallanes
.....
Med. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mg.
Miembro

Sarita
.....
Obst. Sarita Elena Torres Lima, Mg.
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

TESIS SUSTENTADA CON FECHA 21 DE FEBRERO DEL 2019 EN LA
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ INTEGRADO POR EL JURADO
CALIFICADOR Y DICTAMINADOR SIGUIENTE:



Obsta. Marivel Vilma Cristóbal Flores, Mgr.

PRESIDENTE



Med. Jesús Jacinto Magallanes Castilla, Mgr.

MIEMBRO



Obsta. Sarita Elena Torres Lima, Mg.

MIEMBRO



Obsta. Gisela Palmela Pautrat Robles, Mgr.

ASESORA

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
ACTA DE SUSTENTACION.....	iii
HOJA DE APROBACION.....	iv
RESUMEN.....	v
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES.....	2
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.3 OBJETIVOS.....	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
CAPITULO II	
2.1 MARCO TEÓRICO.....	16
2.1.1 Óbito fetal.....	16
2.1.2 Causas de óbito fetal	16
2.1.3 Factores de riesgo.....	20
2.1.4 Diagnóstico.....	20
2.1.5 Manejo.....	21
2.1.6 Inducción de parto en óbito fetal.....	21
2.1.7 Valoración del óbito fetal.....	22
2.1.8 Exploración clínica.....	23
2.1.9 Análisis de laboratorio.....	23
2.1.10 Necropsia.....	24
2.1.11 Valoración Prenatal.....	25
2.1.12 Tratamiento del embarazo subsiguiente.....	26
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	27
2.3 VARIABLES.....	28
CAPITULO III	

3.1 Tipo de investigación.....	29
3.2 Diseño de investigación.....	29
3.3 Población y Muestra.....	29
3.4 Técnicas.....	30
3.5 Instrumentos.....	30
3.6 Procesamiento de la información.....	31
3.7 Ética de la información.....	31
CAPITULO IV	
RESULTADOS.....	32
CAPITULO V	
DISCUSION DE RESULTADOS.....	41
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	TITULOS	Pág.
01	Edad de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	33
02	Grado de instrucción de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	34
03	Procedencia de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	34
04	Estado civil de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	35
05	Paridad de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	36
06	Número de atención prenatal de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	36
07	Edad gestacional de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	37
08	Tipo de parto de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	37
09	Óbito fetal según sexo atendido en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	38
10	Óbito fetal según peso atendido en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	38
11	Factores patológicos predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.	39

RESUMEN

AUTOR:

Evelyn Hauxwell Sáenz

El objetivo de la investigación fue determinar la frecuencia y los factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018. El tipo de investigación fue descriptivo y el diseño corte transversal y retrospectivo. La muestra fue de 25 casos de óbito fetal. La técnica fue a través del sistema de información de la revisión de historias clínicas, libros de registro de partos, mortinatos y libro de registro de cesáreas, el instrumento para la recolección de la información fue una ficha de recolección de datos estructurada (Validez 90 % y Confiabilidad 95%) El programa estadístico empleado fue el SPSS versión 22.0 utilizando para el análisis de datos se empleó la estadística descriptiva de frecuencias simples y porcentajes. Se encontró en los factores sociodemográficos de las gestantes con óbito fetal predominio de las edades de 20 a 34 años, que representa un 64%, el 60% con estudios de nivel secundaria, 56% procedentes de la zona urbano-marginal y 80% de estado civil conviviente. En los factores obstétricos se encontró que el 40% eran gran multigestas, 76% tenían menos de 6 atenciones prenatales, 64% de los gestantes tenían de 36 a más semanas de gestación y el 84% tuvieron parto por vía vaginal. En las características del mortinato se encontró que el 64% eran de sexo masculino y el 56,0% tuvieron un peso al nacer entre 500gr. y 2499 gr. en los factores patológicos predisponentes prevalentes se encontró que 16% de las gestantes con óbito fetal presentaron desprendimiento prematuro de placenta, 32% presentaron problemas con el cordón umbilical, causas inexplicables 12% y entre otras causas (Anomalías congénitas, oligohidramnios, hipoxia fetal, diabetes., trastornos hipertensivos, obesidad, y rotura prematura de membranas) representaron el 44%.

Palabras claves: óbito fetal, factor predisponentes, frecuencia.

ABSTRAT

AUTHOR:

Evelyn Hauxwell Saenz

The objective of the research was to determine the frequency and predisposing factors of fetal death in the Iquitos César Garayar García Hospital from July 2017 to June 2018. The type of research was descriptive and the design was cross-sectional and retrospective. The sample was 25 cases of fetal death. The technique was through the information system of the review of medical records, birth registration books, stillbirths and caesarean registry book, the instrument for the collection of the information was a structured data collection card (Validity 90% and Reliability 95%). The statistical program used was the SPSS version or 22.0 using the descriptive statistics of simple frequencies and percentages for data analysis. It was found in the sociodemographic factors of pregnant women with fetal death predominantly between the ages of 20 and 34 years, which represents 64%, 60% with secondary level studies, 56% from the marginal urban area and 80% from cohabiting civil status. Obstetric factors found that 40% were large multigesta, 76% had less than 6 prenatal care, 64% of pregnant women had 36 to more weeks of gestation and 84% had vaginal delivery. In the characteristics of stillbirth it was found that 64% were male and 56.0% had a birth weight between 500gr. and 2499 gr. in prevailing predisposing pathological factors, it was found that 16% of pregnant women with fetal death had placental abruption, 32% had problems with the umbilical cord, unexplained causes 12% and among other causes (congenital anomalies, oligohydramnios, fetal hypoxia, diabetes ., hypertensive disorders, obesity, and premature rupture of membranes) accounted for 44%.

Key words: fetal death, predisposing factor, frequency.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La muerte fetal u óbito fetal definida por la Organización Mundial de la Salud como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, a partir de las 22 semanas de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gr.¹ La muerte fetal intrauterina es un evento poco frecuente, pero de gran repercusión afectiva para los padres y su entorno familiar²; cada año se producen millones de casos, que no son registrados ni reflejados en las políticas sanitarias a nivel mundial, así mismo la sociedad tampoco considera los casos de Muerte Fetal Intrauterina dando poco reconocimiento del dolor de los padres por haber perdido un bebé, por lo que esto requiere de una mayor participación de la sociedad y de las acciones políticas.¹

Por año ocurren como mínimo 2,6 millones de casos de Muerte Fetal Intrauterina durante el tercer trimestre del embarazo, de los cuales el 98% de los casos ocurren en países de bajo o mediano nivel socio-económico, por lo que uno de los objetivos para el año 2020 es lograr la disminución de estas muertes, por lo que se requiere mejorar la base de datos y las normativas, así mismo mejorar las estrategias de prevención.¹

El presente trabajo de investigación permitirá conocer la frecuencia y los factores predisponentes prevalentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García, a fin de reorientar el manejo en la atención del embarazo y determinar estrategias para prevenir otra muerte fetal en un siguiente embarazo, proponiendo estrategias a los niveles de atención primaria donde la mayor población gestante acude.

1.1. ANTECEDENTES.

Internacionales.

Vásquez N. Ecuador (2013) realizó un estudio cuyo objetivo principal fue determinar la frecuencia de las principales causas desencadenantes del óbito fetal en pacientes del Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel en el periodo comprendido entre septiembre del 2012 y febrero del 2013 con datos recopilados de 22 historias clínicas de pacientes atendidas en dicha entidad. Se logró establecer que la edad materna menor a 15 años sobresalió con un 54%, seguido de la rotura prematura de membranas con el 45.5% en las edades fetales mayor a 28 semanas que corresponde al 54,5%.³

Paladines A. Ecuador (2014) en su tesis "Factores relacionados a muerte fetal en usuarias atendidas en el área de ginecología del Hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013". La técnica de recolección de la información fue mediante la revisión de historias clínicas de las mujeres que presentaron óbito fetal. Según las características individuales el 29% de usuarias tenían entre 15- 19 años de edad y el 27% de 29-33 años, en relación a la etnia el 78% fueron de etnia mestiza, el 59% vivían en zona urbana, el 59% no tenían hábitos de consumo, el 66% con estado civil unión libre, con una instrucción primaria en un 64% de mujeres. En cuanto a los factores gineco - obstétricos, el 49% tenían dos gestas, el 64% tenían un periodo intergenésico de 1 año, el 62% presentado de 1-2 abortos, el 64% presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas, el 63% antecedente de muerte fetal, el 64% antecedente de parto pre

término. En relación a las patologías el 88% tenían un antecedente de IVU, el 5% ITS y el 7% preclampsia.⁴

Cerón L. Guatemala (2014) en su investigación cuyo objetivo fue determinar la morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre del 2012, La información se obtuvo mediante una fuente indirecta, analizando los expedientes clínicos de las pacientes. Los resultados muestran: La morbilidad y mortalidad materna perinatal se encontró en el 3.44% presentando una patología asociada, siendo la hipertensión inducida al embarazo, eclampsia, 3 pacientes (5.17%) con traumatismo; no encontrando ningún caso de mortalidad materna. La edad más frecuente se encuentra entre 16-25 años (51.72%) con un promedio de edad de 20.5 años, siendo el valor máximo 47 años y el valor mínimo de 12 años. La edad gestacional encontrada fue durante el tercer trimestre correspondiendo al 96.5%, este entre las 28 y 40 semanas. La paridad es del 39.65% correspondiendo a primigestas y 22.43% trigestas. La patología materna asociadas al embarazo el 3.44% presentaban hipertensión inducida al embarazo, eclampsia. En el control prenatal de las pacientes el 55.17% si obtuvieron el mismo, encontrándose 26 pacientes que no llevaron. Del total de recién nacidos producto de cesárea obtenidos en el estudio, el 87.93% no presentaron patología, obteniéndose 3 casos (5.16%) de prematuridad, 2 casos de asfixia perinatal y como complicación de desprendimiento, 2 casos correspondiendo a mortinato y óbito fetal.⁵

Borge J. Nicaragua (2015) en un estudio de casos y controles, cuyo objetivo fue identificar los diferentes factores de riesgos de muerte fetal

tardía en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque. Los resultados fueron: En las características sociodemográficas de las pacientes en estudio la edad que predominó fue entre 20-35 años, la mayoría eran del área urbana y con unión estable, la baja escolaridad y la mayoría no tenía empleo lo cual representó un factor de riesgo en nuestro estudio con un OR 1.673 y un IC 95% 0.785-3.568.

Los principales factores de riesgos preconcepciones y del embarazo asociados a muerte fetal tardía fueron la epilepsia con un OR 6.195 y un IC 95% 0.634-60-.533, el asma también representó un factor de riesgo con un OR de 1.267 y un IC 95% 0.461-4.005, el antecedente de aborto representó un factor de riesgo con un OR 1.876 y un IC 95% 0.845- 4.162. El antecedente de fumar representó un factor de riesgo en nuestro estudio con un OR 2,754 y un IC 95% 0,601-12.616. En cuanto al antecedente de droga representó factor de riesgo con un OR: 2,754 y un IC 95% 0,601-12,616. Las patologías del embarazo asociadas a muerte fetal tardía fue pre eclampsia con un OR 2.77 y un IC 95% 1.489-5.172. La placenta previa con un OR 5.444 y un IC 95% 2.005 y 14.783, la DPPNI con un OR de 4.994 con un IC 95% 1.473-16-591., la RPM con un OR de 2.846 y un IC95% 1.262-6,959, y anomalías del cordón con un OR de 4,597 y un IC 95% 1.656-12,762. Los principales factores de muerte fetal en el feto fueron la malformación congénita con un OR 3.029 y un IC 95% 1.167-7,864, el RCIU con un OR de 1.519 y un IC 95% 0.332 – 6.959.⁶

Loyola J. Oyervide J, Ecuador (2016) realizaron un estudio tipo descriptivo retrospectivo, con el objetivo de Determinar la frecuencia y características del óbito fetal en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, 2010 a 2014. Se encontraron 246 casos de óbito fetal, el grupo de edad más representado fue el de 20 a 29 años. El 75,5% de las pacientes recibieron menos de 5 controles prenatales previos al óbito, solo el 24,5% tuvo 5 o más controles prenatales. No existe un factor causal del óbito predominante, el placentario/ovular se presentó en un 27,1 de los casos, el materno en un 26,5%, y el

fetal en un 23,1% y hubo un 20,6% de causas desconocidas. Concluyendo que no existe un factor causal del óbito predominante. El factor de riesgo principal evidenciado en esta investigación es la poca cantidad de controles prenatales previos.⁷

Tinedo M. Santander f, Et al, Venezuela (2016) realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, con el objetivo de determinar, a través de revisión de las historias clínicas, las características epidemiológicas de las muertes fetales en la Maternidad Dr. José Luis Facchin de Boni, en el período enero 2007 marzo 2013. La población fue 1236 gestantes con diagnóstico de muerte fetal, determinando una tasa de 56,28 muertes fetales por cada 1000 nacimientos y abortos. La mayoría de dichas muertes fetales (85,03%) ocurrieron por debajo de las 37 semanas, con predominio del sexo masculino. Además los factores médicos como el síndrome anémico, los obstétricos como las malformaciones fetales y las complicaciones hemorrágicas fueron los más frecuentemente encontrados en los casos de muerte fetal. Otro hallazgo importante de la investigación, fue que el peso de los fetos muertos fue menor que el peso de los nacidos vivos de la misma edad gestacional.⁸

Nacional

Carrasco K. Trujillo (2014) en un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes, cuyo objetivo fue determinar si la diabetes mellitus es factor de riesgo para óbito fetal en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo. La población de estudio estuvo constituida por 230 gestantes según criterios de inclusión y

exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin diabetes mellitus. Los resultados muestran: La frecuencia de óbito fetal en los pacientes con diabetes gestacional, pregestacional y sin diabetes mellitus fue de 3%, 25% y 1% respectivamente. El riesgo relativo de diabetes mellitus en relación a óbito fetal fue de 8 (p menor de 0.05) p menor de 0.01.⁹

Vilca F. Ica (2015) En un estudio de tipo descriptivo “Factores asociados de muerte fetal intraútero en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2012 – 2014”. Cuyo objetivos específicos son el determinar cuáles han sido los antecedentes obstétricos de riesgo, determinar cuál es la complicación más frecuente de las pacientes que tuvieron muerte fetal intraútero, y, por último, determinar cuál es la vía de culminación de la gestación más usada en las pacientes que han tenido muerte fetal intraútero, La recolección de datos se realizó en el año 2015, por medio de una ficha de recolección semi estructurada, la misma que fue previamente validada. Los principales resultados resumidos nos indican que se encontraron 35 casos, los cuales fueron incluidos en el estudio en su totalidad. La edad gestacional con mayor frecuencia fue 28ss (74%), peso mayor fue entre 500 – 2499gr (31%) y el sexo frecuente fue femenino (57%); la edad de mayor incidencia fue entre 21 – 30 años (49%), la gestación mayor fue entre 3 – 5 embarazos (34%). La mayoría de pacientes eran amas de casa (69%) y tenían un grado de instrucción de secundaria completa en su mayoría. La vía de culminación de la gestación más frecuente fue el parto eutócico (80%). De las pacientes que tuvieron cesárea (20%) la mayoría fue por una distocia de presentación (43%). El factor predisponente que prevalece en este estudio fue los circulares de cordón (31%) y la complicación puerperal más común fue la anemia (66%).¹⁰

Fustamante C. Chiclayo (2016) en un estudio casos y controles, con el objetivo de Identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en gestaciones mayores de 20 semanas de enero 2013 a octubre 2014 en el Hospital Luis Heysen Incháustegui y Hospital Regional Docente Las Mercedes, con 59 casos de muerte fetal y 118 neonatos vivos cuyo nacimiento ocurrió inmediatamente después. Los factores que se asociaron a muerte fetal fueron: El trabajar fuera del hogar durante el embarazo, tener antecedente de abortos previos y el sexo fetal masculino, aumentan el riesgo de presentar muerte fetal; sin embargo, el tener grado de instrucción superior, el número de controles prenatales, las ecografías realizadas durante la gestación, el peso de la gestante y la edad gestacional del feto, son factores protectores. Llegando a la conclusión que los factores asociados a muerte fetal, resaltan el antecedente de abortos previos, por lo cual los controles prenatales son fundamentales para la prevención de la muerte fetal como se demostró en el presente estudio.¹¹

Leyva L. Huancavelica (2017) en su estudio “Factores de riesgo asociados a la mortalidad fetal en la región Huancavelica en el año 2013. La investigación fue analítica, observacional, retrospectiva. El método fue epidemiológico de casos y controles. Los casos fueron 74 muertes fetales registradas en la región Huancavelica en el año 2013; los controles fueron 222 seleccionados aleatoriamente. Los factores biomédicos asociados con OR ajustadas fueron: edad fetal menor a 37 semanas (OR=35,2), malformación congénita (OR=632), sufrimiento fetal (OR=1753). Los factores socioeconómicos asociados con OR ajustadas fueron: domicilio como lugar de emergencia (OR=39,08), madre sin estudios (OR=6,14) madre sin atención prenatal (OR=8,00).

Todos con IC95% para Exp(B) mayores a 1 y P valor < 0,05. El factor madre conviviente, fue un factor de protección (OR=0,316) con IC95% para Exp(B) menores a 1 y P valor < 0.05. Conclusiones. Los factores de riesgo biomédicos; edad fetal menor a 37 semanas, malformación congénita, sufrimiento fetal; se asociaron significativamente con la muerte fetal. El factor socioeconómico madre conviviente, fue un factor de protección para la muerte fetal.¹²

Rabanal G. Lima (2017) en su investigación “Factores asociados a óbito fetal en gestantes pretérmino en el servicio de gineco-obstetricia del hospital vitarte en el periodo enero-diciembre del año 2015”. En un estudio de corte transversal, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Los resultados muestran: Los factores de riesgo fue: gestación pretérmino (OR: 3.77; p<0.05), edad avanzada (OR: 2.85; p<0.05), controles prenatales deficientes (OR: 3.77; p<0.05), antecedente de óbito Fetal (OR:2.66 ; p<0.05), Diabetes Mellitus (OR: 2.76; p<0.05), ITU (OR: 3.71; p<0.05 y Preeclampsia (OR: 3.27; p<0.05) , Conclusiones: El mayor factor de riesgo asociado a óbito fetal en gestantes pretérmino es el déficit del controles parentales con un 76.9% seguido por madres preeclampsia con un 73.2% . Predomino en el estudio gestantes pretérmino de 22 a 34 ss con mayor porcentaje (69.2%) de óbito fetal.¹³

Agapito M. Lima (2017) en un estudio relacional, tipo analítico, retrospectivo y transversal., con el objetivo de Identificar los Factores asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica en el 2016. Entre los factores de riesgo que se encuentran asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta, está la edad mayor de 35 años, el bajo nivel educativo, el trabajo de campo o en el hogar, provenir de zona rural, el mal control

prenatal, entre las patologías obstétricas: la ruptura prematura de membrana, haber tenido algún traumatismo en el embarazo, y que terminarían en cesárea y óbito fetal.¹⁴

Regionales

Hidalgo N. Iquitos (2015) en su tesis “Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital II – 1 de Moyobamba, Julio 2014 a Junio del 2015” Se identificó 74 muertes fetales tardías y 83 muertes neonatales precoces, con un total de 157 muertes perinatales. Se identificaron durante dicho periodo 3795 nacimientos, dando una TMP hospitalaria de 41.37 x 1000 n. y TMFT de 19.5 x 1000 n., y TMNP de 22.3 x 1000 n.v. Los factores asociados a mortalidad perinatal fueron: procedencia rural (OR=4.69), antecedentes de RNPT (OR=10.24), ausencia de CPN (OR=2.8), CPN incompleto (OR=3.72), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=3.21), DPP+PP (OR=20.58), embarazo múltiple (OR=9.56), parto distósico (OR=3.5), presentación podálica (OR=5.62), situación transversa (OR=18.92), L.A. purulento o fétido (OR=69.77), bajo peso al nacer (OR=7.38), muy bajo peso al nacer (OR=69.57), prematuro (OR=16.57), P.E.G. (OR=3.7), APGAR al minuto 0-3 (OR=197), APGAR al minuto 4-6 (OR=12.65), APGAR a los 5 minutos de 0 a 3 (OR=486.29), APGAR a los 5 minutos de 4 a 6 (OR=36.93), y Patología del R.N. (OR=1568). Las causas más frecuentes de MNP son: Sepsis, Membrana Hialina, Síndrome de aspiración de líquido amniótico, Anomalías Congénitas, Asfixia, Hemorragias. Concluyendo que la mortalidad perinatal sigue siendo un problema prioritario a resolver en el Hospital II – 1 de Moyobamba y en el País. La tasa de mortalidad perinatal se encuentra elevada en relación a lo reportado por otros; y ello se debe a múltiples factores asociados a muerte perinatal; dichos factores con mayor fuerza de asociación son poco vulnerables a intervenciones. Las patologías del R.N. en su mayoría.

corresponden a enfermedades de manejo en el nivel de mayor complejidad, por lo que se requiere aumentar la distribución de los recursos hospitalarios en los servicios de neonatología y Gineco Obstetricia.¹⁵

Garay W. Iquitos (2015) en su tesis “Características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional de Loreto desde enero 2012 a diciembre 2014”. Estudio descriptivo y transversal, utilizando la información de las Historias Clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia. El diseño utilizado es el observacional o no experimental y retrospectivo. Con una población de 170 casos; muestra es toda la población. Los resultados muestran que el 73,5% (125) de los casos cronológicamente presentó muerte fetal tardía; los de 18 a 35 años representaron el 68,8% (117), los > de 35 representaron el 18,8% (32) los < de 18 años el 12% (21); el 27,1% (46) fueron nulíparas; el intervalo intergenésico > 23 meses presentó el 42,9% (73); el 25,3% (43) tuvieron como antecedente de aborto; el 28, 2% (48) presentó como antecedente tener ITU, los fetos que tenían \geq 1000 gramos se presentó el 80,0% (136); el 50,6% (86) presentó feto de sexo masculino y el 49,4% (84) presentó feto de sexo femenino; el 44,1% (75) tuvieron líquido amniótico claro, el 37,6% (64) líquido meconial espeso. Conclusiones.- La muerte fetal intrauterina es consecuencia de factores patogénicos que interactúan tempranamente con la unidad madre-feto. La mayor cantidad de muertes fetales fueron tardías, se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de 18 a 35 años. Consumo de sustancias nocivas no se evidenció, embarazo no controlado adecuadamente, los cuales deberían ser diagnosticados y oportunamente tratados con un adecuado control prenatal.¹⁶

Ruíz R. Iquitos (2017) en su estudio “Complicaciones maternas y perinatales en gestantes añosas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar; Enero 2015 a Diciembre 2015” Estudio de tipo no experimental de diseño descriptivo transversal retrospectivo, con una población de 403 gestantes añosas, obteniendo una muestra de 197 gestantes; los resultados obtenidos muestran que el 75.6% no presentaron complicaciones maternas, el 75.6% no presentaron complicaciones fetales, el 87.8% llegan a una gestación a término, el 60.4% son gran multíparas y el 83.8% llegaron a parto vaginal. Conclusiones: Las gran multíparas presentaron preeclampsia (78.9%); tanto las primíparas añosas como multíparas presentaron eclampsia (50.0%); las gran multíparas presentaron ruptura prematura de membranas (70.0%) las mismas que presentaron hemorragia postparto (58.8%); encontrándose una relación significativa entre la paridad con las complicaciones maternas ($p=0.001$). Las gestantes de 40 años a más presentaron Sufrimiento fetal agudo (59.4%); seguido de retardo de crecimiento intrauterino (53.8%); sin embargo las gestantes entre 35 a 39 años presentaron muerte fetal (100.0%) y entre otras complicaciones perinatales (100.0%); encontrándose una relación muy significativa entre la edad materna con las complicaciones perinatales ($p=0.000$).¹⁷

De la Cruz J. Iquitos (2018) en su estudio “Antecedentes maternos y características obstétricas relacionadas a muerte fetal intrauterina en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto desde enero del 2013 a diciembre del 2017”. Estudio analítico, Retrospectivo de casos y controles. La muestra fueron todos los casos de muerte fetal en gestantes añosas ocurrida durante los mismos años, que fueron en total 68. Los resultados muestran que la gran mayoría de gestantes eran amas de casa, con bajo nivel educativo, provenían de zonas

urbanas de Iquitos. El análisis multivariado, a través, del cálculo de la regresión lineal múltiple, se puede concluir que solo provenir de zonas rurales, gran múltipara, periodo intergenésico largo, CPN inadecuado, antecedentes de aborto, son factores de riesgo para muerte fetal intrauterino en el Hospital Regional de Loreto, y la presencia de enfermedad hipertensiva del embarazo, antecedentes de bajo peso, parto pretérmino y óbito fetal no están asociados a la muerte fetal intrauterino por lo que se podría esperar que estos sean variables intervinientes.¹⁸

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Cada segundo nacen cuatro bebés en algún lugar del planeta. Pero, en muchas ocasiones, lo que debería ser un momento de felicidad se transforma en una tragedia.¹⁹ A nivel mundial las muertes intrauterinas (embarazos de más de 22 semanas) provocan que anualmente 2,6 millones de padres sufran en silencio la pérdida de sus bebés en gestación. La mitad de esas muertes intrauterinas (1.3 millones) ocurre durante el trabajo de parto y el nacimiento, tras nueve meses de gestación, y la mayoría son evitables, mejorando la calidad de atención médica. La mortalidad fetal tiene también consecuencias “invisibles”: más de 4,2 millones de madres viven con síntomas de depresión, los cuales se prolongan incluso años después de haberse producido el deceso del bebé. El 98 % de todas las muertes en gestación se producen en países de bajos ingresos, 250 veces más frecuente que en los países de medianos y altos ingresos. La problemática es también significativa en estos países, en los cuales la tasa de muerte de bebés en gestación con frecuencia supera la de mortalidad infantil.

Los índices más altos de muerte intrauterina se registran en Pakistán con 43.1 por cada mil nacimientos y Nigeria con 42.9; los índices más bajos corresponden a Islandia con 1.3, Dinamarca 1.7, Finlandia 1.7. Estados Unidos es uno de los países que está reduciendo esta tasa con más lentitud, 0.4% anual. (2) Para los bebés en África, el trabajo de parto es el momento más peligroso, representando la mitad de todos los bebés que nacen muertos. (1) y el país que está haciendo mayores avances es Ruanda. Su tasa de reducción anual es 2.9%, lo cual demuestra que el progreso es posible.²⁰

En España, alrededor de 1,500 bebés mueren cada año durante el embarazo pasadas las 22 semanas de gestación. Aparte de que aún hay muy poca conciencia social sobre estas muertes. Holanda ha reducido su tasa anual de muertes en un 24% en el período 2009-2014 y actualmente se sitúa en el 2,75/1000 nacidos vivos.²¹

En América Latina, el tema de la desigualdad es importante, no sólo entre los países de la región sino entre zonas con más y menos recursos dentro de cada país, Haití tiene una tasa de muerte intrauterina de 24,9 por mil nacimientos; Paraguay 13,4; Bolivia 12,9; Honduras 12,6; El Salvador 12,2; Guatemala 11,9; Brasil 8,6; Colombia 8,1; Argentina 4,6; México 5,5; Chile fue el país que más destacó en América Latina, situándose en el puesto 28 de la clasificación global, con una tasa de mortalidad fetal de 3,1 al mismo nivel que Canadá y muy cerca de los Estados Unidos.¹⁹

En el Perú hasta la semana 16 del año 2017 se notificaron 944 defunciones fetales, 8 de cada 10 defunciones fetales ocurren en el último trimestre de la gestación, 13 de cada 100 defunciones fetales ocurren durante el trabajo de parto, la hipoxia intrauterina se reporta como la primera causas de defunción fetal, 20%. Las enfermedades maternas no relacionadas al embarazo como hipertensión y diabetes, están consideradas como causa de muerte en 17 de cada 100 defunciones fetales notificadas mientras que las complicaciones maternas del embarazo, como ruptura prematura de membranas, es menos frecuente, 6 de cada 100 defunciones fetales. Estas proporciones se han incrementado en comparación al mismo periodo 2016. El porcentaje de defunciones fetales notificadas al sistema de vigilancia como “muerte fetal de causa no especificada” se incrementó a 36,12% comparado al periodo de la SE 1-16 2016. La región Loreto reporto hasta la semana 16 del año 2017 38 defunciones fetales.²²

Teniendo en cuenta que, la pérdida fetal ocasiona un gran impacto y dolor para los padres es importante conocer: **¿Cuál es la frecuencia y los factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018?**

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia y los factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.
2. Identificar los factores obstétricos de las gestantes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.
3. Identificar las características del óbito fetal atendidos en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.
4. Identificar los factores patológicos predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Óbito fetal.

La Organización Mundial de la Salud define la muerte fetal como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo según la edad gestacional debe ser a partir 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos.²³

Según la Sociedad Nacional de muerte fetal, se define como la muerte intrauterina y posterior entrega de un bebé en desarrollo que ocurre más allá de las 20 semanas completas de gestación. La muerte fetal se produce en aproximadamente 1 de cada 160 embarazos. La mayoría de los mortinatos suceda antes del parto, mientras que un pequeño porcentaje se producen durante el parto.²⁴

2.1.2 Causas de óbito fetal.^{25,26,27}

- a) **Causas fetales:** algún tipo de anomalía fetal contribuye el 25 a 40% de todos los óbitos. La frecuencia notificada de malformaciones congénitas importantes en los óbitos es muy variable debido a un sesgo de confirmación. Depende de si la necropsia se llevó a cabo y en tal caso, de la experiencia, el interés y la formación del patólogo. Dentro de las causas fetales tenemos:
- Anomalías cromosómicas
 - Defectos congénitos no cromosómicos: más frecuente en las anomalías en el sistema nervioso central y cardiovascular.
 - Restricción de crecimiento intrauterino: sobre todo asociado a enfermedad hipertensiva del embarazo.

- Hidropesía no inmunitaria: Representa el 90% de los casos de hidropesía en el feto. Esta afección ocurre cuando una enfermedad o afección afecta la capacidad del cuerpo para manejar los líquidos. Hay tres causas principales para este tipo: problemas cardíacos o pulmonares, anemia grave (por ejemplo, a raíz de talasemia o infecciones) y problemas genéticos o del desarrollo, incluso el síndrome de Turner.
- Infecciones frecuentes: (virus, bacterias, protozoarios) sobre todo si se tienen en cuenta las infecciones bacterianas ascendentes de líquido amniótico y de fuentes placentarias. la sífilis congénita puede ser una causa frecuente de muerte fetal. Otras infecciones potencialmente letales son las causadas por citomegalovirus y parvovirus así como rubeola, varicela, listeriosis, borreliosis, toxoplasmosis y muchas más.

b) Causas placentarias: representa el 25 % al 30% de los óbitos fetales. Muchas muertes fetales debidas a anomalías de la placenta también podían clasificarse como debidas a causas maternas o fetales, 15 a 25% de los decesos fetales se atribuyen a problemas de la placenta, las membranas o el cordón umbilical. Dentro de las causas placentarias tenemos:

- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta es la causa individual identificable con más frecuencia de muerte fetal se acompaña de hipertensión en casi la mitad de los casos y, por lo tanto, podría considerarse como una causa “materna”. La insuficiencia placentaria. La infección importante placentaria y de las membranas suele relacionarse con infección fetal. Las excepciones son la tuberculosis y el paludismo. En algunos casos, el examen microscópico de la placenta y las membranas ayuda a identificar una causa infecciosa. La corioamnionitis se

- caracteriza por leucocitos mononucleares y polimorfonucleares que implican el corion. Los óbitos de prematuros tienen más posibilidades de relacionarse con estas infecciones que comprenden especies bacterianas aerobias y anaerobias, así como micoplasma y ureaplasma.
- Los infartos placentarios aparecen como zonas de degeneración trofoblástica fibrinoide, calcificación e infarto isquémico por oclusión de la arteria espiral. Los infartos marginales y subcoriónicos son frecuentes y, por lo general, no son de importancia clínica.
- La hemorragia feto materna suficiente para producir muerte fetal. Aunque tal hemorragia suele ser espontánea, es frecuente con el traumatismo materno grave.
- Transfusión gemelo a gemelo: El síndrome de transfusión intergemelar es una causa frecuente de muerte fetal en el embarazo multifetal monocoriónico.
- Rotura prematura de membranas: por el riesgo de oligoamnios y corioamniinitis.
- Accidente del cordón umbilical: El cordón puede situarse por delante de la presentación en un 1.5-1.7% de los casos, siendo comprimidos sus vasos por la misma, favorecido este hecho por el consecuente oligoamnios secundario. Conduce al desarrollo de hipoxia y acidosis fetales, que pueden llevar a la muerte del feto.

Insuficiencia placentaria: es la incapacidad de la placenta para proveer los nutrientes necesarios al bebé durante el embarazo. Esto se debe a que la placenta no crece o no funciona adecuadamente y el resultado puede causar una restricción del crecimiento uterino y bajo peso al nacer, parto prematuro,

- defectos al nacimiento, y también aumenta el riesgo en la madre de presentar complicaciones.
- Asfixia durante el parto
- Placenta previa

c) Causas maternas: representa el 5 a 10% de los casos de muerte fetal Contribuyen poco a las muertes fetales, es posible que se subestimen los factores maternos. Algunos trastornos con un componente materno importante (p. ej., desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o isoimmunización) a menudo se atribuyen a causas placentarias o fetales.

- Los trastornos hipertensivos y la diabetes son las dos enfermedades maternas referidas con más frecuencia y conllevan una tasa de óbitos de 5 a 8%.
- En las mujeres pre obeso y obeso se incrementa el riesgo de óbitos.
- Los extremos de la edad de procrear (35 años) aun cuando se ajusten con respecto a nuevas asociaciones como anomalías y trastornos médicos maternos se complican con una tasa de mortalidad fetal más alta.
- El anticoagulante lúpico y los anticuerpos anticardiolipina se relacionan con la vasculopatía de la decidua, infarto placentario, restricción del crecimiento fetal, aborto recurrente y muerte fetal. Aunque las mujeres con estos auto anticuerpos y otras trombofilias sin duda tienen un riesgo más alto de desenlaces adversos de la gestación.
- Enfermedades tiroideas.
- Enfermedades renales.
- Anticuerpos antifosfolípido
- Trombofilias
- Tabaquismo

- Drogas y alcohol
- Infecciones y septicemia
- Trabajo de parto prematuro
- Trabajo de parto anormal
- Desgarro uterino
- Embarazo postérmino

d) Causas inexplicable: representa el 15 a 35% de los óbitos fetales.

2.1.3 Factores de riesgo

Se han postulado diferentes factores de riesgo para la muerte fetal, entre los que destacan la edad materna menor de 18 años o mayor de 40 años, primiparidad o paridad mayor a 5, obesidad, restricción del crecimiento intrauterino, cesárea de embarazo previo, colestásis intrahepática severa con niveles de ácidos biliares mayor de $40\mu\text{mol/l}$, y el síndrome antifosfolípido.

Las mujeres que han sufrido una muerte fetal parecen tener un mayor riesgo de padecer un nuevo resultado adverso en un embarazo posterior.²⁸

Desnutrición, atención prenatal inadecuada, tabaco, alcohol y abuso de drogas, etnia Afroamericana.²⁹

2.1.4 Diagnóstico.

Ante la sospecha de muerte fetal debido a la ausencia de movimientos fetales y la imposibilidad de verificar la existencia de actividad cardíaca fetal mediante Doppler o auscultación, solo se efectuará el diagnóstico de muerte fetal intrauterina cuando el hecho sea confirmado por ecografía. Para ello basta confirmar la ausencia del latido cardíaco fetal mediante Doppler, la ausencia de movimientos fetales y otros signos como la presencia de corona de santo, gas intercorporal, colapso craneal por superposición de las suturas craneales, etc.²⁴

2.1.5 Manejo.²⁹

1. Evaluar Perfil de coagulación:

Solicitar fibrinógeno. Si fibrinógeno es menor de 150 considerar manejo de coagulación intravascular diseminada.

2. Terminar gestación:

Realizar inducción del parto. Si esta es fallida realizar cesárea. Evaluar presencia de signos de infección y/o de coagulación intravascular diseminada. Si presenta cualquiera de estos síntomas realizar manejo correspondiente y finalizar inmediatamente la gestación por cesárea.

3. Aspectos psicológicos:

La muerte fetal ocasiona un trauma psicológico a la mujer y a su familia. El estrés es mayor cuando transcurren más de 24 h entre el diagnóstico de muerte fetal y la inducción del parto, porque la madre no ve a su hijo todo el tiempo que ella desea y no tiene ningún recuerdo de él. La mujer que experimenta un óbito o incluso un aborto del primer trimestre tiene más riesgo de sufrir depresión posparto y debe vigilarse muy de cerca. (24)

4. Determinar la etiología de la muerte fetal:

Solicitar autopsia de ser posible, para identificar si la causa de muerte puede repetirse en un siguiente embarazo.

2.1.6 Inducción de parto en óbito fetal.²⁹

Condiciones:

1. Presentación cefálica en fetos mayores de 28 semanas.
2. Feto único.
3. No evidencia de desproporción céfalo pélvico.
4. Control estricto del bienestar materno

Contraindicaciones absolutas:

1. Macrosomía fetal

2. Hidrocefalia fetal
3. Mal presentación fetal
4. Embarazo múltiple
5. Polihidramnios
6. Deformidad pélvica marcada (secuela de poliomielitis)
7. Cicatriz uterina corpórea (cesárea miomectomía)
8. Antecedentes de cesáreas

Uso de prostaglandinas.

El esquema ideal para inducir el parto de un óbito es el Misoprostol 25ug en el fondo de saco vaginal posterior; repetir 25 ug a las 6 horas si no hay respuesta. Si no hay respuesta después de dos dosis de 25ug cumplidas las 6 horas aumente a 50ug. No use más de 50ug a la vez. No usar oxitocina dentro de las 8 horas de haber usado Misoprostol.

Inducción con el uso de oxitocina.

En 500 ml de cloruro de sodio, colocar 2.5 UI de oxitocina. Iniciar el procedimiento con 10 gotas por minuto, aumentando 10 gotas cada 30 minutos, hasta obtener tres contracciones de buena intensidad en 10 minutos o una contracción cada tres minutos. No administrar más de 60 gotas por minuto.

2.1.7 Valoración del óbito fetal.

La determinación de la causa de la muerte fetal ayuda a la adaptación psicológica de la madre a una pérdida importante, mitiga la culpa que es parte del duelo y permite ofrecer un asesoramiento más exacto con respecto a la recurrencia; asimismo obliga a instaurar el tratamiento o la intervención y evitar un desenlace similar en el siguiente embarazo. La identificación de los síndromes hereditarios también ofrece información útil para otros miembros de la familia.²⁵

2.1.8 Exploración clínica.

Se debe llevar a cabo una exploración exhaustiva del feto, la placenta y las membranas en el momento del parto y registrarse en el expediente.

Deberán proporcionarse los detalles de los sucesos prenatales pertinentes. Hay que tomar las fotografías para el registro cuando sea posible y se puede obtener una radiografía completa del feto (un “fotograma”). También se puede pensar en imágenes de resonancia magnética y ecografía. Son muy importantes pues brindan información anatómica cuando los padres rechazan una necropsia completa.²⁵

2.1.9 Análisis de laboratorio.

Si se llevan a cabo la necropsia y los estudios cromosómicos, se descubre que hasta 35% de los óbitos tiene anomalías estructurales importantes. Cerca del 20% tiene características dismórficas o anomalías esqueléticas y 8% tiene anomalías cromosómicas. El American College of Obstetricians and Gynecologists (2009) recomienda en condiciones ideales determinar el cariotipo en todos los óbitos. Cuando no se descubren anomalías morfológicas, hasta 5% de los óbitos tendrá una alteración cromosómica. Se debe obtener el consentimiento apropiado para tomar muestras de tejido fetal, lo que comprende el líquido obtenido postmortem mediante la aspiración con aguja. Se coloca un total de 3 ml de sangre fetal, obtenida del cordón umbilical (de preferencia) o mediante punción cardíaca, en un tubo estéril, heparinizado, para realizar estudios citogenéticos. Si no se puede obtener sangre, se recomienda por lo menos una de las siguientes muestras: un bloque de placenta de cerca de 1 3 1 cm obtenido por debajo del punto de inserción en el cordón en el espécimen no fijo; segmento de cordón umbilical de

unos 1.5 cm de longitud; o espécimen de tejido fetal interno como la unión costocondral o la rótula (ya no se recomienda la piel). Se lava el tejido con solución salina estéril antes de colocarlo en la solución de Ringer con lactato o en medio citogénético estéril. La colocación en formalina o en alcohol destruye células viables restantes que impide el análisis citogénético. No siempre es posible un cariotipo completo en los casos de muerte fetal prolongada. Sin embargo, un tercio de los fetos macerados, realizaron con éxito el análisis citogenético. La hibridación in situ fluorescente podría utilizarse para descartar anomalías numéricas o para buscar determinadas deleciones frecuentes como la que produce el síndrome de Di George.

Se debe obtener sangre materna para la tinción de Kleihauer-Betke, para anticuerpos antifosfolípido y para pruebas con anticoagulante lúpico si es lo indicado, así como para la determinación de la glucemia a fin de descartar una diabetes manifiesta.²⁵

2.1.10 Necropsia.

Se debe ofrecer y recomendar a las pacientes que permitan una necropsia completa, pero también se puede obtener información útil de algunos otros estudios. Una exploración externa macroscópica, combinada con fotografías, radiografías, estudios de resonancia magnética, cultivos bacterianos y uso selectivo de estudios cromosómicos e histopatológicos, a menudo ayudan a determinar la causa de la muerte. Es mucho más probable que una necropsia completa genere información valiosa. Es muy importante establecer contacto con los padres y ofrecerles asesoramiento sobre la causa de la muerte, el riesgo de recidiva, si es que lo hay, y las estrategias para evitar la recurrencia en embarazos futuros.²⁵

2.1.11 Valoración prenatal.

El conocimiento de la causa de la muerte fetal permite un cálculo más preciso del riesgo de recidiva individual y, en muchos casos, permite elaborar un plan de tratamiento. Por ejemplo, no cabría esperar la recurrencia de un accidente del cordón. En cambio, la aneuploidia por lo general conlleva un riesgo de recidiva de 1% y el síndrome familiar de DiGeorge tiene una recurrencia de 50%. Estos últimos dos trastornos podrían detectarse en embarazos subsiguientes mediante la biopsia de vellosidades coránicas o la amniocentesis.

Como se describió antes, es improbable la recurrencia de las causas infecciosas.

Los trastornos médicos de la madre que se relacionan con un óbito previo a menudo son fáciles de identificar. En algunos casos, la intervención antes de la fecundación o en las primeras semanas del embarazo mejora el pronóstico en las gestaciones subsiguientes. Un ejemplo es el control estricto de la glucemia antes de la fecundación en las mujeres diabéticas. El desprendimiento prematuro de placenta, que tiene una recidiva de 10%, a menudo se asocia a hipertensión crónica que podría reducirse con un control más estricto de la presión arterial o un parto en una etapa temprana. Por último, hay ciertos datos de que la pérdida fetal recurrente debida a anticuerpo antifosfolípido puede disminuir con el tratamiento. Esto es más factible cuando la muerte fetal se relacionó con insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento o infarto de la placenta.²⁵

2.1.12 Tratamiento del embarazo subsiguiente

En pocos estudios se aborda el tratamiento de la mujer que ha sufrido una muerte fetal previa. Los pocos factores de riesgo modificables, como la hipertensión y el control de la diabetes, se atienden. Algunos esquemas de detección

durante el primero y el segundo trimestre del embarazo pueden esclarecer la causa, puesto que la mitad de las muertes fetales se relacionan con restricción del crecimiento, la valoración anatómica mediante ecografías del feto a la mitad del embarazo se complementa con estudios seriados del crecimiento a partir de las 28 semanas. La vigilancia prenatal debe iniciarse a las 32 semanas o después en la mujer por lo demás sana con un antecedente de óbito. Esta recomendación es respaldada por el American College of Obstetricians and Gynecologists (2009) con la advertencia de que se incrementa la tasa de partos prematuros iatrogenos.²⁵

2 .MARCO CONCEPTUAL.

- **Óbito fetal:** muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo Según la edad gestacional debe ser a partir 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos
- **Factores predisponentes:** circunstancia que contribuye a que se realice algo.
- **Frecuencia:** Número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un período o un espacio determinados.

2.3 Variables

2.3.1 Variable dependiente:

Óbito fetal

2.3.2 Variable independiente:

➤ Factores sociodemográficos:

Edad

Grado de instrucción

Procedencia

Estado civil

➤ Factores obstétricos:

Paridad

Edad gestacional

Atención prenatal

Tipo de parto

➤ Características del mortinato:

Sexo

Peso

➤ Factores patológicos:

Diabetes

Trastornos hipertensivos

Desprendimiento prematuro de placenta

Obesidad

Embarazo post término

Accidentes del cordón umbilical

Rotura prematura de membranas

Antecedente de óbito fetal

Malformaciones congénitas

Restricción de crecimiento intrauterino

Embarazo pos término

Causa inexplicable

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio de investigación fue de tipo Descriptivo.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio de investigación fue de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

- Descriptivo: porque el propósito fue determinar la frecuencia y los factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.
- Corte transversal: Porque evaluó las variables en un momento concreto del tiempo. Julio 2017 a junio 2018.
- Retrospectivo: Porque es un estudio longitudinal en el tiempo que se analizó en el presente, con datos del pasado.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población.

La población estuvo conformada por 3069 partos atendidos en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

3.3.2. Muestra.

La muestra estuvo conformada por 25 casos de óbito fetal diagnosticados en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

3.3.2.1. Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

3.3.2.2. Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de óbito fetal.
- Peso mayor o igual a 500 gr.

- Edad gestacional mayor o igual a 22 semanas.

3.3.2.3. Criterios de exclusión:

- Peso menor de 500 gr.
- Edad gestacional menor de 22 semanas.

3.4 TÉCNICAS.

Para este estudio la técnica seleccionada fue el análisis documental a través del sistema de información de la revisión de Historias Clínicas, libros de registro de partos, libro de registro de mortinatos y registro de cesáreas de sala de operaciones.

3.5. INSTRUMENTOS.

Se aplicó la ficha de recolección de datos que se confeccionó para la presente investigación, la cual fue sometida al proceso de validación por juicio de expertos, obteniendo una validación del 90%. La ficha de recolección de datos estuvo conformada por cuatro partes, la primera destinada a recolectar los factores sociodemográficos, la segunda factores obstétricos de las gestantes, la tercera recolectó información sobre las características del mortinato y la cuarta información de los factores patológicos predisponentes.

3.5.1. Procedimiento de recolección de datos:

Se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- Se gestionó el permiso al Director del Hospital Iquitos César Garayar García, Jefe de Departamento de Gineco-Obstetricia, Departamento de neonatología, anestesiología y al Jefe de la Unidad de Estadística e Informática, para tener acceso a la información.

Se procedió a recolectar la información en la ficha de recolección de datos, para la cual se procedió a seleccionar a

- todos los casos de óbito fetal que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

- La información fue procesada con el paquete estadístico SPSS versión 22, con un 95% de confiabilidad y significancia alfa 0.05 donde se analizaron los datos, para la tabulación y elaboración de las tablas
- El análisis de datos se realizó empleando la estadística descriptiva de frecuencias simples y porcentajes.
- Los resultados se presentó en tablas y gráficos.

3.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

Para el presente estudio se contó con el permiso del Director, de los jefes de departamentos del Hospital Iquitos César Garayar García y la aprobación del Comité Institucional de Ética; como el estudio consistió en la revisión de datos estadísticos y de registros, no fue necesaria la aplicación de consentimiento; se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida de los datos estadísticos y de registro, los cuales fueron usados con el propósito firme de la presente investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Razón de mortalidad fetal

Razón de mortalidad fetal = $\frac{\text{Número de muertes fetales} \times 1000}{\text{Número de nacidos vivos}}$

$$RM = \frac{25}{3044} \times 1000$$

RM = 8,2 por cada 1000 nacidos vivos

- a. **Factores sociodemográficos de las gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.**

Tabla N° 1

Edad de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Edad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
20 a 34 años	16	64.0
menor de 19 años	6	24.0
mayor de 35 años	3	12.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

La tabla N° 1 muestra que el 64.0% son gestantes de 20 a 34 años de edad; el 24.0% menores de 19 años y el 12.0% son gestantes que tuvieron más de 35 años de edad.

Tabla Nº 2

Grado de instrucción de gestantes de óbito fetal según atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018

Grado de instrucción	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Secundaria	15	60.0
Primaria	7	28.0
Superior técnico	3	12.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

La tabla Nº 2 muestra que el 60.0% de las gestantes tienen estudios secundarios; el 28.0% estudios de primaria y el 12.0% estudios superior técnico.

Tabla Nº 3

Procedencia de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Procedencia	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Urbano-marginal	14	56.0
Urbano	6	24.0
Rural	5	20.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

Tabla Nº 3: se observan que el 56.0% de las gestantes procedían de la zona urbano - marginal; el 24.0% de la zona urbana y el 20.0% de una zona rural.

Tabla N° 4

Estado civil de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos
César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Estado civil	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Conviviente	20	80.0
Soltera	3	12.0
Casada	2	8.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

La tabla N° 4 muestra que el 80.0% de las gestantes fueron convivientes; el 12.0% solteras y el 8.0% fueron casadas.

b .Factores obstétricos de las gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Tabla N° 5

Paridad de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Paridad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Gran multigesta	10	40.0
Primigestas	9	36.0
Multigesta	6	24.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

En la tabla N° 5 se observan que el 40.0% de las gestantes eran gran multigestas, el 36.0% fueron primigestas, y el 24.0% fueron multigestas.

Tabla N° 6

Número de atención prenatal de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Atención pre-natal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Menor de 6	19	76.0
6 controles	4	16.0
mayor de 6	2	8.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

En la tabla N° 6 se observa que el 76.0% fueron gestantes que tuvieron menos de 6 atenciones pre natales; el 16.0% tuvieron 6 atenciones y el 8.0% fueron gestantes que tuvieron más 6 controles.

Tabla N° 7

Edad gestacional de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos
César Garayar García de julio 2017 a junio 2018

Edad gestacional	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
36 sem a mas	16	64.0
de 22 a 28 sem	5	20.0
de 29 a 35 sem	4	16.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

En la tabla N° 7 se observa que el 64.0% tuvieron de 36 a más semanas de gestación, el 20.0% tuvieron de 22 a 28 semanas y el 16.0% tuvieron de 29 a 35 semanas de gestación.

Tabla N° 8

Tipo de parto de gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos
César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Tipo de parto	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Vaginal	21	84.0
Cesárea	4	16.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

La tabla N° 8 muestra que el 84.0% de las gestantes de óbito fetal tuvieron parto vaginal y el 16.0% parto por cesárea.

c. Características del óbito fetal atendidos en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Tabla N° 9

Óbito fetal según sexo atendido en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Sexo del mortinato	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
M	16	64.0
F	9	36.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

En la tabla N° 9 se observa que el 64.0% de los óbitos fetales fueron de sexo masculino y el 36.0% fueron de sexo femenino.

Tabla N° 10

Óbito fetal según peso atendido en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018

Peso	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
de 500 a 2499 gr.	14	56.0
de 2500 a 3999 gr.	11	44.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

La tabla N° 10 muestra que el 56.0% de los óbitos fetales nacieron con un peso de 500gr a 2499gr y el 44.0% nacieron con un peso de 2500gr a 3999gr.

d. Factores patológicos predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.

Tabla N° 11

Factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018

Factores predisponentes	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Desprendimiento prematuro de placenta	4	16.0
Circular de cordón simple rechazable	4	16.0
Circular de cordón simple ajustado	3	12.0
Causa inexplicable	3	12.0
Anomalías congénitas	2	8.0
Oligohidramnios	2	8.0
Hipoxia fetal	2	8.0
Diabetes	1	4.0
Trastornos hipertensivos	1	4.0
Obesidad	1	4.0
Circular doble	1	4.0
Rotura prematura de membranas	1	4.0
Total	25	100

Fuente: Historias clínicas, libros de registros

En la tabla N° 11 se muestra que el desprendimiento prematuro de placenta representa el 16% de los factores predisponentes para óbito fetal así mismo los problemas de cordón umbilical representan el 32% respectivamente, seguido de causas inexplicables en un 12% y entre otras causas (Anomalías congénitas, oligohidramnios, hipoxia fetal, diabetes., trastornos hipertensivos, obesidad, y rotura prematura de membranas) representan el 44%.

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

En los resultados obtenidos en el periodo de estudio, en la investigación se encontró 25 casos de óbito fetal, ocurridos en el momento del anteparto y con una Razón de mortalidad fetal del 8,2 por cada mil nacidos vivos. Así mismo las gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García en el 64% tenían entre 20 a 34 años, resultado que coincide con Borge J. el 2015, en Nicaragua, en un estudio cuyo objetivo fue identificar los diferentes factores de riesgos de muerte fetal tardía en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en la que predominó la edad de 20-35 años.

En relación al grado de instrucción este estudio muestra, que el 60 % de las gestantes tuvieron estudios secundarios, resultado que coincide con Vilca F. el 2015, en Ica, en su tesis “Factores asociados de muerte fetal intraútero en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2012 – 2014”, en la que encontró que la mayoría de pacientes tenían un grado de instrucción de secundaria completa.

Respecto a la procedencia, en este estudio se demuestra que el 56% de las gestantes de óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García provenían de la zona urbano - marginal, resultados que no coinciden con Paladines A. el 2014, en Ecuador encontró en su estudio que 59% de la población vivían en zona urbana y con Hidalgo N. en Iquitos el 2015, en su tesis “Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital II – 1 de Moyobamba, Julio 2014 a Junio del 2015” identificó como factor de riesgo: la procedencia rural.

En la población de estudio, el 80% de las gestantes eran convivientes, lo que coincide con los resultados encontrados en un estudio realizado por Paladines A. el 2014 encontró que el 66% eran con estado civil unión libre y con Borge J. que la mayoría de las gestantes tenían unión estable.

Referente a la paridad de las gestantes los resultados muestran en el estudio que el 40% tenían entre 6 y más embarazos, lo que se asemeja a lo encontrado por Ruíz R. el 2017, en Iquitos en su estudio “Complicaciones maternas y perinatales en gestantes añosas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar; Enero 2015 a Diciembre 2015” que encontró que el 60.4% eran gran multíparas. Resultados que no coincide con Cerón L. el 2014, en Guatemala, en su investigación cuyo objetivo fue determinar la morbilidad y mortalidad materna perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, que muestra en su estudio que el 39.65% correspondieron a primigestas y con Garay W. el 2015, en Iquitos en su tesis “Características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional de Loreto desde enero 2012 a diciembre 2014” mostrando que el 27,1% fueron nulíparas.

Con respecto al número de Atenciones prenatales de las gestantes con óbito fetal, en el estudio se encontró que el 76% de las gestantes tuvieron menos de 6 atenciones prenatales, resultados que coinciden con Loyola J. Oyervide J. el 2016, en Ecuador, en su estudio “Frecuencia y características del óbito fetal en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, 2010 a 2014”, que encontraron que el 75,5% de las pacientes recibieron menos de 5 controles prenatales previos al óbito, además coincide con Rabanal G. en Lima, en su investigación “Factores asociados a óbito fetal en gestantes pretérmino en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo enero-diciembre del año 2015”, que muestra que el 76.9% de las gestantes tenían déficit del controles parentales y lo encontrado por De la Cruz J. en Iquitos en su estudio

“Antecedentes maternos y características obstétricas están relacionadas a muerte fetal intrauterina en gestantes aÑosas atendidas en el Hospital Regional De Loreto desde enero del 2013 a diciembre del 2017” encontrando en su estudio que la mayoría tenían atención prenatal inadecuado.

En el estudio se muestra que el 64% de las gestantes de óbito fetal tenían de 36 a más semanas de gestación, resultado que coincide con Cerón L. cuya edad gestacional encontrada fue durante el tercer trimestre correspondiendo al 96.5%.

El 84% de los óbitos fetales nacieron por vía vaginal, resultado que coincide con Vilca F. que muestra que la vía de culminación de la gestación más frecuente fue el parto eutócico en 80%.

En relación a las características que presento el mortinato, en el estudio se muestra predominio del sexo masculino en un 64%, resultado similar a lo encontrado por Fustamante C. el 2016, en Chiclayo, en un estudio cuyo objetivo fue Identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en gestaciones mayores de 20 semanas de enero 2013 a octubre 2014 en el Hospital Luis Heysen Incháustegui y Hospital Regional Docente Las Mercedes, que muestra predominio del sexo fetal masculino y por Garay W. el 2015, en Iquitos en su tesis “Características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional de Loreto desde enero 2012 a diciembre 2014” que el 50,6% eran de sexo masculino. Resultados que no coincide con Vilca F. en la que encontró que el 57% de los fetos muertos eran de sexo femenino.

En el estudio se encontró que el 56,0% de los fetos muertos tenían un peso al nacer entre 500 gr. y 2499 gr., semejante a lo encontrado por Vilca F. que muestra que el 31% tenían peso entre 500 – 2499gr.

Los factores patológicos que predisponen a óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García fueron el desprendimiento prematuro de placenta en un

16%, problemas de cordón umbilical 32%, resultados que coincide con lo encontrado en la bibliografía incluida en el estudio que señala que el 15 % al 25% de los óbitos fetales se atribuyen a problemas de la placenta, membranas o al cordón umbilical. Así mismo es similar a Loyola J. el 2016, Ecuador en su estudio “Frecuencia y características del óbito fetal en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, 2010 a 2014”, encontró que el factor placentario/ovular se presentó en un 27,1% de los casos; Tinedo M. Santander f, Et al, encontró que las complicaciones hemorrágicas fueron los más frecuentemente en los casos de muerte fetal, lo que no precisa si fue por desprendimiento prematuro de placenta u otra causa. Agapito M. en Lima en un estudio, “Factores asociados al Desprendimiento Prematuro de Placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica en el 2016”, encuentra que el Desprendimiento Prematuro de Placenta, es causa de óbito fetal y Vilca F. en su estudio muestra que el factor predisponente que prevalece en su estudio fue los circulares de cordón en un 31%. Resultados que no son similares a los encontrados por estudios realizados por Vásquez N, Cerón L, Borge J. y Carrasco K, que muestran que los factores predisponente que prevalecen son, la rotura prematura de membranas con el 45.5%, hipertensión inducida al embarazo, eclampsia 3.44%, pre eclampsia y diabetes gestacional, 3% respectivamente.

Así mismo en el estudio el 12% de los casos de óbito fetal fueron por causas desconocidas, lo que se asemeja a lo establecido en la bibliografía de la investigación que señala que el 15 a 35% de los casos de óbito fetal son de causa inexplicable, lo que no coincide ni difiere con otros estudios incluidos en el estudio.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos específicos planteados en el estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Se logró identificar los factores sociodemográficos de las gestantes con óbito fetal atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, encontrando predominio de las edades de 20 a 34 que representa un 64%, el 60% tuvieron estudios de nivel secundario, 56% eran procedentes de la zona urbana-marginal y el 80% de estado civil conviviente.
2. Se logró identificar los factores obstétricos, encontrando que el 40% eran gran multigestas, 76% de las gestantes tuvieron menos de 6 atenciones prenatales, 64% tenían de 36 semanas a más y el 84% de los partos fueron por vía vaginal.
3. Se logró identificar las características del mortinato, encontrando que el 64% eran de sexo masculino y 56% tenían entre 500gr. a 2499 gr. de peso al nacer.
4. Se logró identificar los factores patológicos relacionados a óbito fetal, encontrando que 16% de las gestantes presentaron Desprendimiento Prematuro de Placenta, 32% tuvieron problemas de cordón umbilical (circular simple rechazable, ajustado y circular doble), 12% fueron de causa inexplicable y 44% fueron por otras causas (Anomalías congénitas, oligohidramnios, hipoxia fetal, diabetes., transtornos hipertensivos, obesidad, y rotura prematura de membranas)

RECOMENDACIONES

1. Proponer a la Dirección Regional de Salud Loreto, continuar con el fortalecimiento de los servicios de Planificación Familiar, para espaciar y evitar embarazos no deseados.
2. Recomendar a los responsables de los establecimientos de salud de primer nivel de atención continuar con la captación oportuna y seguimiento de las gestantes, poniendo énfasis en la identificación de los signos de alarma durante el embarazo; así mismo fortalecer el trabajo continuo y sostenible con los representantes de las comunidades para potenciar las atenciones prenatales.
3. Recomendar a los Establecimientos Hospitalarios, la implementación de ambientes diferenciados para el manejo de las puérperas y familias que han sufrido una pérdida fetal, fortaleciendo el manejo y seguimiento psicológico.
4. Recomendar al Hospital Iquitos César Garayar García mejorar los registros, incluyendo las causas del óbito fetal e implementar la realización de las necropsias, para contribuir en la disminución. Así mismo proponer el estudio clínico de todos los casos de óbito fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Lancet. [Internet]. Gran Bertaña: c 2011 [actualizado 6 de enero 2012; citado 18 de diciembre 2018]; muerte fetal intrauterina. Disponible en: URL
<https://www.healthynewbornnetwork.org/.../muerte-fetal-intrauterina-resumen-ejecuti...>
2. Dr. Andrés PG, Dr. Eduardo SS, Dr. Juan LB, Dr. Gustavo RP. Muerte Fetal. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2014 [15 de noviembre]; 25 (6):908-916. Disponible en: URL
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S07168640147_06388
3. Nubia A. Vásquez Moran. Frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel de septiembre del 2012 a febrero 2013. [Tesis para optar el título de Obstetra] Ecuador: Universidad de Guayaquil. 2014.
4. Angélica G. Paladines Chicango. Factores relacionados a muerte fetal en usuarias atendidas en el área de ginecología del Hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en enfermería] Ecuador: Universidad de Machala. 2014.
5. Luisa M. Cerón Suchini. Desprendimiento prematuro de placenta consecuencias maternas perinatal [Tesis para optar el título de Maestra en Ciencias de Ginecología y Obstetricia] Guatemala: Universidad de San Carlos Guatemala. 2014.
6. Dr. José G. Borge Martínez. Factores de Riesgo de Muerte Fetal Tardía en Embarazadas Atendidas en el Hospital Bertha calderón Roque en el período comprendido del 1de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2015 [Tesis para optar el título de Maestra en Ciencias de Ginecología y Obstetricia] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma. 2015.

7. José G. Loyola Ullauri, Juan M. Oyervide Soto. Frecuencia y características del óbito fetal en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, 2010 a 2014 [Tesis para optar el título de Médico] Ecuador: Universidad de la Cuenca. 2015.
8. María J Tinedo, Francisco Santander P, José Alonso F, Adrián Herrera H, Carla Colombo, Mardorys Díaz. Muerte fetal: caracterización epidemiológica. Rev. Salus [Internet]. 2016 [consultada 15 de agosto 2018]; Vol. (20): 37 – 43 pág. Disponible en: URL www.redalyc.org/html/3759/375947694008/
9. Karla P. Carrasco Castro. Diabetes mellitus como factor de riesgo para óbito fetal. [Tesis para optar el título de Médico] Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2014.
10. Sharon A. Felipa Vilca. Factores asociados de muerte fetal intraútero en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro 2012- 2014. [Tesis para optar el título de Obstetra] Ica - Perú: Universidad Alas Peruanas. 2015.
11. Cesar F. Fustamante Nuñez. Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Chiclayo - Perú: Universidad San Martín. 2016.
12. Mg. Leonardo Leyva Yataco. Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en la región Huancavelica año 2013. [Tesis para optar el título de Doctor en ciencias de la Salud] Huancavelica - Perú: Universidad Nacional de Huancavelica. 2017.
13. Giovanna K. Rabanal Vicente_Factores asociados a óbito fetal en gestantes pretérmino en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Vitarte en el periodo enero-diciembre del año 2015 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima- Perú: Universidad Privada San Juan Bautista. 2017.

14. Agapito S. Marilia Regina. Factores de riesgo asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, durante el periodo enero - diciembre del 2016. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima - Perú: Universidad Privada San Juan Bautista 2017.
15. Nahum Hidalgo Arbildo. Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital II-1 de Moyobamba Julio 2014 A Junio Del 2015 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Iquitos - Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana "Rafael Donayre Rojas". 2015.
16. Waldir Alex Garay Cahuaza. Características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional de Loreto desde enero 2012 a diciembre 2014 [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Iquitos - Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana "Rafael Donayre Rojas". 2015.
17. Rosa Ruíz Vásquez. Complicaciones maternas y perinatales en gestantes añosas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar. Enero 2015 a diciembre 2015. [Tesis para optar el título de Obstetra] Iquitos - Perú: Universidad Científica del Perú 2017.
18. André de la Cruz López. Antecedentes maternos y características obstétricas relacionados a muerte fetal intrauterina en gestantes añosas en el Hospital Regional de Loreto del año 2013 al 2017. [Tesis para optar el

19. título de Médico Cirujano] Iquitos - Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana “Rafael Donayre Rojas”. 2018.
20. Red bioética [Internet].Montevideo: Organización de las Naciones Unidas para la educación la ciencia y la cultura UNESCO; c 2017 [actualizado 6 de noviembre 2017; citado 18 de agosto 2018]; la muerte fetal, un problema ignorado. Disponible en: URL redbioetica.com.ar/la-muerte-fetal-problema-ignorado/
21. The Lancet [Internet]. Gran Bertaña: c 2016 [actualizado 3 de marzo 2016; citado 18 de agosto 2018]; cada año mueren 2,6 millones de bebés en gestación. Disponible en: URL www.eraenabril.org/2016/03/ano-mueren-2-6-millones-bebes-gestacion/
22. J Cassidy. Muerte y Duelo Perinatal. Rev. Unamanita [Internet]. 2017 [consultado 18 de agosto 2018]; Vol. (2): 92 pág. Disponible en: URL www.umamanita.es/.../2017/.../2017-Cassidy-Disminucion-de-movimientos-fetales-fac...
23. Ministerio de Salud. Boletín. Epidemiológico del Perú [Internet]. 2017 [consultado 21 de agosto 2018]; Vol. (26): 92; 529 pág. Disponible en: URL www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/16.pdf
24. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal ...
[Internet]. [Citado 3 de setiembre 2018]; Disponible en: URL www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/...Muertefetalconfetounico/5GRR.pdf
25. La muerte fetal: Tratar de entender - American Pregnancy Association [Internet]. [Citado 3 de setiembre 2018]; Disponible en: URL americanpregnancy.org/es/pregnancy-loss/stillborn-trying-to-understand/

26. Cunningham, F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. México: Mexicana; 2011.
27. Medline Plus [Internet]. Estados Unidos: National Institutes of Health; 2010[Actualizado 13 de noviembre 2018; Citado el 20 de noviembre 2018]. Disponible en: URL: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007308.htm>
28. L cabero, D saldivar, E cabrillo. Obstetricia y medicina materno fetal. editorial medica panamericana. Buenos aires. 2007 Disponible en: URL <https://books.google.com.pe/books?isbn=8498350417>
29. American Pregnancy Association. La muerte fetal: Tratar de entender - [Internet]. [citado 4 de setiembre 2018]; Disponible en: URL americanpregnancy.org/es/pregnancy-loss/stillborn-trying-to-understand/
30. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú. 2004

ANEXOS

Anexo Nº 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FRECUENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES DE ÓBITO FETAL EN EL HOSPITAL IQUITOS CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE JULIO 2017 A JUNIO 2018.

I. Factores sociodemográficos:

1. Edad:
 - a) Menor de 19 años
 - b) 20 a 34
 - c) mayor de 35 años
2. Grado de instrucción:
 - a) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior técnico
3. Procedencia:
 - a) Urbano
 - b) Urbano-marginal
 - c) Rural
4. Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Conviviente
 - c) Casada

II. Factores obstétricos:

1. Paridad:
 - a) Primípara
 - b) múltipara
 - c) gran múltipara
2. Atención prenatal:
 - a) Menor de 6
 - b) 6 controles
 - c) mayor de 6
3. Edad gestacional:
 - a) 22 sem. - 28 sem
 - b) 29 sem - 35 sem.
 - c) 36 sem. - más
4. Tipo de parto:
 - a) Vaginal
 - b) cesárea

III. Características del mortinato:

1. Sexo
 - a) F
 - b) M
2. Peso
 - a) 500 a 2499 gr
 - b) 2500 gr. a 3999 gr.
 - c) 4000 gr a más

IV. Factores predisponentes:

a) Diabetes	(si)	(no)
b) Trastornos hipertensivos (no)	(si)	
c) Desprendimiento prematuro de placenta	(si)	(no)
d) Obesidad (no)	(si)	
e) Embarazo post término	(si)	(no)
f) Accidentes del cordón umbilical - circular de cordón simple ajustado - circular de cordón simple rechazable - circular doble		
g) Rotura prematura de membranas	(si)	(no)
h) Antecedente de óbito fetal	(si)	(no)
i) Malformaciones congénitas	(si)	(no)
j) Restricción de crecimiento intrauterino	(si)	(no)
k) Causa inexplicable	(si)	(no)

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema general y específico	Objetivo general y específico	Hipótesis general	Variables e indicadores	Tipo y diseño de investigación	Métodos y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
<p>Frecuencia y factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de Julio 2017 a junio 2018.</p>	<p>Problema general ¿Cuál es la frecuencia y los factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de las gestantes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018? ¿Cuáles son los factores obstétricos de las gestantes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018? ¿Cuáles son las características del óbito fetal atendidos en el Hospital Iquitos 	<p>Objetivo general Determinar la frecuencia y los factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <ol style="list-style-type: none"> Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018. Identificar los factores obstétricos de las gestantes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018. Identificar las características del óbito fetal atendidos en el Hospital Iquitos César Garayar 	<p>Existen factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.</p> <p>hipóte.</p> <p>hipóte.</p> <p>variables</p>	<p>Variable dependiente Óbito fetal</p> <p>Variable independiente: Factores sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Grado de instrucción ➤ Procedencia ➤ Estado civil <p>Factores obstétricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Paridad ➤ Atención prenatal ➤ Tipo de parto ➤ Edad gestacional <p>Características del mortinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sexo ➤ Peso <p>Factores patológicos predisponentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabetes ➤ Trastornos hipertensivos ➤ Desprendimiento prematuro de placenta ➤ Obesidad ➤ Embarazo post término ➤ Accidentes del cordón umbilical 	<p>Tipo: Descriptivo</p> <p>Diseño: No experimental Corte transversal Retrospectivo</p> <p>observacional: porque no hay intervención por parte del</p> <p>transversal analítico: porque se</p>	<p>Técnica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Historias clínicas ➤ Libro de registro de partos ➤ Libro de registro de recién nacidos ➤ Libro de reporte operatorio <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>	<p>La población de estudio: Conformado por 3069 partos atendidos en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.</p> <p>Muestra: Conformado por 25 casos de óbito fetal diagnosticados en el Hospital Iquitos César Garayar García</p> <p>Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia Para tener un análisis significativo.</p>

	<p>César Garayar García de julio 2017 a junio 2018?</p> <p>4. ¿Cuál es la frecuencia de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018?</p> <p>5. ¿Cuáles son los factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018?</p>	<p>García de julio 2017 a junio 2018</p> <p>4. Identificar los factores patológicos predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rotura prematura de membranas ➤ Antecedente de óbito fetal ➤ RCIU ➤ Anomalías congénitas ➤ Causa inexplicable 			
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
Variable dependiente Óbito fetal	TM=Nº de muertes desde 22sem x 1000 Nº total de nacimientos en el año (vivos y muertos)	Muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo Según la edad gestacional debe ser a partir 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos	nominal	Ficha de recolección de datos
Variable independiente Factores sociodemográficos Conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio como su edad, grado de instrucción, procedencia, estado civil.	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del parto.	Continua	Ficha de recolección de datos
	Grado de instrucción	Grado académico alcanzado al momento de la intervención: a) Primaria b) Secundaria c) Superior técnico	Nominal	
	Procedencia	Se define como la dirección registrada en la historia clínica, debido a que es un estudio retrospectivo a) Urbano: Procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. b) Urbano marginal: Procede de áreas alejadas del perímetro urbano. c) Rural: Procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal	
	Estado civil	Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales: a) Soltera: que vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. b) Conviviente: que convive con su pareja pero no tienen vinculo legal c) Casada: Tiene vinculo legal (civil) con su pareja.	Nominal	
Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
Factores obstétricos: Conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, como: Paridad, atención prenatal, edad gestacional, tipo de parto	Formula obstétrica	Paridad: Mujer que ha parido por cualquier vía (vaginal o cesárea). a) Primípara: Solo tuvo 1 parto. b) Multipara: 2 a 5 partos. c) gran multipara: 6 o más partos.	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Nº de Atención prenatal	Atención prenatal: Evaluación con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción: a) Menor de 6 b) 6 controles c) Mayor de 6	Nominal	

	Edad gestacional	Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha que ocurrió el obito. a) 22 sem. a 28 sem b) 29 sem a 35 sem. c) 36 sem. a más	Nominal	
	Tipo de parto	a) Cesárea b) Vaginal	Nominal	
Características del óbito fetal: conjunto de características de la unidad de estudio como sexo y peso del óbito fetal.	Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen al mortinato. a) Femenino b) Masculino	Nominal	
	Peso	Peso del óbito fetal al momento del parto: a) 500 a 2499 gr b) 2500 gr. a 3999 gr. c) 4000 gr a más	Nominal	
Factores patológicos predisponentes: Circunstancia que contribuye a que se produzca el óbito fetal.	Diabetes	Enfermedad en la que los niveles de glucosa de la sangre están por encima de los valores normales.	Nominal	
	Trastornos hipertensivos	Trastorno multisistémico se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 sem. de gestación.	Nominal	

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Indicador	Definición conceptual	Escala	Instrumento
	Desprendimiento prematuro de placenta	Separación parcial o total de la placenta normo inserta.	Nominal	
	Obesidad	Índice de masa corporal igual o superior a 30 kg.	Nominal	
	Embarazo post término	Embarazo cuya duración es mayor de 294 días o 42 semanas.	Nominal	
	Accidentes del cordón umbilical	Situación anatómica y/o posicional que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales a) C. simple ajustado b) C. simple rechazado c) C. doble	Nominal	
	Rotura prematura de membranas	Pérdida de la continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto independientemente del tiempo de gestación.	Nominal	
	Antecedente de óbito fetal	Recurrencia de óbito fetal.	Nominal	
	Malformaciones congénitas	Alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina, que pueden alterar órganos, extremidades o sistemas.	Nominal	
	RCIU	Retraso del crecimiento del feto, haciendo que su peso esté por debajo del percentil 10 esperado para la respectiva edad gestacional.	Nominal	
	Causa inexplicable	Causa desconocida de la ocurrencia del óbito fetal.	Nominal	

