

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA ÓBITO FETAL EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES EN EL AÑO 2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
JESSICA MILOUSKA ALIAGA CANCHO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

DR. ANGULO REYES, ROY MARTIN

AGRADECIMIENTO

A mi asesor Roy Angulo Reyes, por su dedicación y orientación en la realización del presente trabajo.

Al Hospital Nacional Sergio E. Bernales por facilitarme los datos necesarios para la elaboración de la tesis y acogerme como un segundo hogar.

DEDICATORIA

A mi padre celestial, quien hizo posible cumplir una de mis metas.

A mis sobrinos Jesús y Francisco que siempre están presentes en mis pensamientos.

A mi hermosa familia por su apoyo incondicional y creer siempre en mi.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo maternos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico (caso-control), y retrospectivo. Se encuestaron a 118 pacientes, distribuidos en dos grupos: el grupo caso fueron 59 pacientes con diagnóstico de óbito fetal y el grupo control 59 pacientes con recién nacidos vivos.

Resultados: Respecto a los factores de riesgo sociodemográficos se encontraron a la edad ≥ 35 años ($p < 0.001$, OR=4.194: IC=1.883-9.341), estado civil soltera ($p = 0.024$, OR=3.36: IC=1.124-10.044), nivel de instrucción primaria ($p = 0.04$, OR=4.471: IC=0.907-22.03), ocupación ama de casa ($p = 0.002$, OR=3.36: IC=1.565-7.215). Entre los factores obstétricos se encontró al control prenatal < 6 ($p = 0.001$, OR=3.861: IC=1.646 - 9.055). Las comorbilidades de riesgo fueron la pre eclampsia ($p < 0.001$, OR=5.094: IC=1.98-13.102) y la diabetes gestacional ($p = 0.005$, OR=3.523: IC=1.429-8.807), siendo más frecuentes las pacientes con óbito fetal en comparación a las pacientes con recién nacidos vivos.

Conclusiones: Los factores de riesgo materno para óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el 2017 fueron la edad ≥ 35 años, estado civil soltera, nivel de instrucción primaria, ama de casa, control prenatal < 6 , pre eclampsia y diabetes gestacional.

Palabras claves: Factores de riesgo materno, óbito fetal.

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal risk factors for fetal death in patients attended in the gynecology and obstetrics service of the National Hospital Sergio E. Bernales in 2017.

Material and methods: Observational, analytical (case-control), and retrospective study. A total of 118 patients were surveyed, divided into two groups: the case group was 59 patients with a diagnosis of fetal death and the control group was 59 patients with live newborns.

Results: Regarding the sociodemographic risk factors, it was found; age ≥ 35 years ($p < 0.001$, OR = 4.194: CI = 1.883-9.341), single marital status ($p = 0.024$, OR = 3.36: CI = 1.124-10.044), primary education level ($p = 0.04$, OR = 4.471: CI = 0.907-22.03), housewife occupation ($p = 0.002$, OR = 3.36: IC = 1.565-7.215). Among the obstetric factors was found; prenatal control < 6 ($p = 0.001$, OR = 3.861: CI = 1.646 - 9.055). The risk comorbidities were preeclampsia ($p < 0.001$, OR = 5.094: CI = 1.98-13.102) and gestational diabetes ($p = 0.005$, OR = 3.523: CI = 1.429-8.807), with more frequent patients with fetal death in comparison with patients with live newborns.

Conclusions: The maternal risk factors for fetal death in patients treated at the Sergio E. Bernales National Hospital during 2017 were age ≥ 35 years, single marital status, primary education level, housewife occupation, prenatal care < 6 , preeclampsia and gestational diabetes.

Key words: Maternal risk factors, fetal death.

PRESENTACIÓN

La muerte fetal u óbito fetal es un problema importante de salud pública, sobre todo en los países en desarrollo, debido a la alta tasa de presentación y las repercusiones biopsicosociales que conlleva ⁽¹⁾. A nivel mundial se ha señalado que no menos de 3,9 millones de muertes intrauterinas ocurren anualmente ⁽²⁾. En el Perú, el último boletín epidemiológico del año 2017 reportó una incidencia acumulada de 3316 por 100 000 habitantes ⁽³⁾. Asimismo, el Hospital Nacional Sergio E. Bernales se ubicó como el hospital con mayor cantidad de casos de muerte fetal (92) durante el año 2016 ⁽⁴⁾.

Frente a esta problemática, se ha planteado un estudio cuyo objetivo es determinar los factores de riesgo maternos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017. El presente trabajo de investigación se estructuró en cinco capítulos descritos a continuación:

Capítulo I: en este capítulo se describe el problema de estudio, además se formula la pregunta de investigación y los objetivos; también se incluye la justificación el propósito del estudio.

Capítulo II: este capítulo comprende los antecedentes bibliográficos, las bases teóricas; así como la formulación de hipótesis, identificación de variables y definición de términos.

Capítulo III: en este capítulo se detalla la metodología del estudio, lo cual incluye el tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección, diseño de recolección de datos y procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: dentro en este capítulo se encuentran los resultados de la investigación y la discusión de los datos con los precedentes bibliográficos.

Capítulo V: en este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones finales.

Por último, se detallan las referencias bibliográficas y los anexos del estudio.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS.....	IX
LISTA DE GRÁFICOS	X
LISTA DE ANEXOS.....	XI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Justificación.....	2
1.4. Objetivos	3
1.4.1. General	3
1.4.2. Específicos.....	3
1.5. Propósito	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	4
2.1. Antecedentes	4
2.2. Base teórica	11
2.3. Hipótesis	18
2.4. Variables	18
2.5. Definición operacional de términos.....	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.1. Tipo de estudio.....	20
3.2. Área de estudio	20
3.3. Población y muestra	20

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos	21
3.5. Diseño de recolección de datos.....	22
3.6. Procesamiento y análisis de datos	22
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	24
4.1. Resultados	24
4.2. Discusión.....	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
5.1. Conclusiones.....	45
5.2. Recomendaciones.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS	52

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Edad mayor e igual a 35 años de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	24
TABLA 2. Estado civil: soltera de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	26
TABLA 3. Nivel de instrucción: primaria de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	27
TABLA 4. Ocupación: ama de casa de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.....	28
TABLA 5. Antecedente de óbito fetal en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.....	29
TABLA 6. Control prenatal menor a 6, en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017... ..	30
TABLA 7. Embarazo múltiple en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	31
TABLA 8. Paridad de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	32
TABLA 9. Gravidez de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	33
TABLA 10. Infección urinaria en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	34
TABLA 11. Preeclampsia en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	35
TABLA 12. Diabetes Gestacional en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	36

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Edad mayor e igual a 35 años de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	24
GRÁFICO 2. Estado civil: soltera de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	26
GRÁFICO 3. Nivel de instrucción: primaria, de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	27
GRÁFICO 4. Ocupación: ama de casa, de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	28
GRÁFICO 5. Antecedente de óbito fetal en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	29
GRÁFICO 6. Control prenatal menor a 6, en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	30
GRÁFICO 7. Embarazo múltiple en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	31
GRÁFICO 8. Paridad en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	32
GRÁFICO 9. Gravidez de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	33
GRÁFICO 10. Infección urinaria en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	34
GRÁFICO 11. Preeclampsia en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	35
GRÁFICO 12. Diabetes Gestacional en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Operacionalización de variables.....	53
ANEXO 2. Instrumentos	55
ANEXO 3. Validez de instrumentos – consulta de expertos.....	56
ANEXO 4. Matriz de consistencia.....	62
ANEXO 5. Detalle de Operacionalización de variables	64

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La muerte fetal u óbito fetal se define como la defunción de un producto de la concepción, que se produce antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual mayor a 500 gramos. La muerte fetal se identifica por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria ⁽⁵⁾.

En la literatura científica sobre óbito fetal, se han descrito algunos factores de riesgo modificables, entre los se puede mencionar a la ausencia de control prenatal, el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educacional. Otros factores de riesgo importantes son patologías crónicas maternas como la hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia renal, patología tiroidea, enfermedades del mesénquima y reumatológicas ⁽⁶⁾.

La frecuencia a nivel mundial es aproximadamente 3,9 millones de muertes fetales al año. Esta frecuencia se incrementa en países de bajos y medianos ingresos. Es así que en Latinoamérica la mortalidad fetal es de aproximadamente 10 por cada 1000 nacidos. En el 2015 se reportaron 18,4 nacidos muertos por cada 1000 nacidos, en comparación con el año 2000 que fueron 24,7, por lo que ha habido una notable reducción de la mortalidad; sin embargo el objetivo propuesto para varios países a nivel mundial es llegar a una tasa de 12 o menos muertes fetales por cada 1000 nacimientos para el 2030 ⁽²⁾.

En el Perú, en el año 2012 se presentaron 3640 casos de muerte fetal, de las cuales, el 84.62% ocurrieron antes del parto y el 15.38% sucedieron intraparto ⁽⁵⁾. Si bien en los últimos años se ha visto una disminución de los casos de

muerte fetal, esta ha sido muy lenta, de esta forma para el año 2016 se reportó una incidencia acumulada de 3563 por 100 000 habitantes y los últimos reportes del año 2017 señalan una incidencia acumulada de 3316 por 100 000 habitantes ⁽³⁾. En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el año 2016 se presentaron 92 muertes entre fetales y neonatales, destacando como el establecimiento de salud con mayor cantidad de defunciones. Es en esta realidad y problemática de salud, en la que se basa el estudio buscando conocer los factores maternos de riesgo para óbito fetal con la finalidad de disminuir el índice de los mismos en los siguientes embarazos y por lo consiguiente un bienestar materno fetal ⁽⁴⁾.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores maternos de riesgo en pacientes con óbito fetal atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?

1.3. Justificación

A nivel nacional existe un protocolo de manejo para las pacientes con óbito fetal, pero no un manejo posterior a este desenlace, o una estrategia para evitar la muerte fetal en una primera ocasión o evitar que se repita en una siguiente gestación. Por ello es necesario conocer los factores maternos desencadenantes de óbitos fetales ya que pueden ser prevenibles por tratarse de patologías concomitantes, estilos de vida, nivel educativo y adecuado control prenatal. La aproximación a este problema, y los resultados obtenidos facilitarían el diseño de una estrategia preventiva acorde a la realidad de la población gestante que se atiende en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Se cuentan con escasos estudios en referencia a los factores maternos que se presentan en el óbito fetal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, por lo tanto, el desarrollo del estudio es

de gran utilidad como base de datos y de referencia para futuras investigaciones y mejora en las tasas de morbimortalidad fetal.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Determinar los factores de riesgo maternos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

1.4.2. Específicos

- a) Determinar los factores de riesgo sociodemográficos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.
- b) Determinar los factores de riesgo obstétricos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.
- c) Determinar la comorbilidad materna de riesgo para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

1.5. Propósito

La muerte fetal tiene mucha importancia tanto para las familias, la sociedad y los servicios de salud. En este contexto el conocimiento del número real de casos y sus factores de riesgo, es la clave para el diseño de políticas sanitarias y programas efectivos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Bibliográficos

Internacionales

Jurado D, et al, en el 2017 publica su estudio analítico observacional “Determinantes sociodemográficos y clínicos asociados a mortalidad fetal intrauterina en el municipio de Pasto, 2010-2012”, el cual llevo a cabo con el objetivo de identificar los determinantes sociodemográficos y clínicos asociados a la muerte fetal intrauterina (MFIU) ocurridas en gestantes del distrito de Pasto atendidas en un hospital de tercer nivel. Se analizaron los datos clínicos de 88 MFIU (grupo caso) y 88 nacidos vivos (grupo control). La edad promedio de las gestantes con o sin la ocurrencia de MFIU fue de 24.5 y 27.2 años respectivamente ($p>0.05$). El 51.1% de las gestantes que presento MFIU tuvo una educación básica secundaria, el 66.9% tuvo el apoyo de su pareja, el 86.6% tuvo una paridad menor o igual a 3, y el 75% tuvo igual o menos de 6 controles prenatales. Se observó que el incremento de la edad gestacional (OR =0.76 IC95% 0.62-0.93) disminuyo el riesgo de MFIU de forma significativa, así como el peso al nacer (OR=0.99 IC95% 0.98-0.99). Ninguna de las condiciones clínicas (por eje., antecedente obstétrico, abortos previos, paridad, controles prenatales, anticoncepción, edad materna) mostraron asociación estadística con muerte fetal intrauterina

(7).

Carreño C en el 2015 publica su estudio observacional de casos y controles retrospectivo titulado “Factores asociados con la aparición de óbito fetal en gestantes de la Clínica Maternidad Rafael Calvo en el período comprendido entre los años 2012 a 2014”, el cual desarrollo con el objetivo de determinar los factores asociados con la ocurrencia de óbito fetal en gestantes de atendidas en una clínica. Se realizó la revisión de 464 historias clínicas pareadas en relación 1:1 para grupo caso (óbito fetal) y control (nacido vivo).

Del análisis comparativo, los factores que mostraron asociación significativa fueron antecedente de trastorno hipertensivo ($p = 0.05$), semanas de edad gestacional ($p = 0.000$), tener menos de cuatro controles prenatales ($p = 0.000$), trabajo de parto pretérmino ($p = 0.01$), corioamnionitis ($p = 0.000$), trastorno hipertensivo en el embarazo actual ($p = 0.000$), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) ($p = 0.000$) y malformaciones congénitas ($p = 0.000$). El tener más de cuatro controles prenatales fue un factor protector independiente (OR = 0.31, IC 95% 0.16-0.60) y el RCIU fue un factor de riesgo independiente (OR = 7.2, IC 95% 2.9-18.1) para presentar de óbito fetal. Se concluyó que el RCIU fue un factor de riesgo elevado e independiente para la ocurrencia de óbito fetal ⁽⁸⁾.

Harmon Q. et al, en el 2015 publico un estudio de cohorte titulado "Risk of fetal death with preeclampsia" que tuvo como objetivo estimar los riesgos de muerte fetal específicos para la edad gestacional en pacientes con pre eclampsia. El estudio comprendió todos los nacimientos únicos en el periodo 1999 al 2008 (554333) sin hipertensión crónica preexistente además se tomó en cuenta los embarazos de pacientes con pre eclampsia (3037) de los cuales 1000 fueron óbitos fetales a causa de la pre eclampsia. Se observó que el riesgo de muerte fetal fue de 3.6 / 1000 en general y de 5.2 / 1000 entre los embarazos con pre eclampsia (RR= 1.45, IC del 95% = 1.20 a 1.76). Sin embargo, el riesgo relativo de muerte fetal fue elevado con las gestantes que presentaron pre eclampsia al inicio del embarazo. Mientras que las gestantes que fueron diagnosticadas con pre eclampsia, en la semana 26 se mostró que hubo 11.6 muertes fetales por cada 1000 embarazos con pre eclampsia, en comparación con 0.1 muertes fetales por cada 1000 embarazos sin riesgo relativo 86 (IC 95% = 46 a 142). Además, el riesgo fetal en las gestantes con pre eclampsia disminuyó a medida que el embarazo avanzó, pero a las 34 semanas se mantuvo más de siete veces mayor que en los embarazos sin preeclampsia ⁽⁹⁾.

Stormdal Bring H, Hulthén Varli IA, Kublickas M, Papadogiannakis N y Pettersson K, en el 2014 publican su estudio de cohortes realizado en Estocolmo y titulado “Causes of stillbirth at different gestational ages in singleton pregnancies”. Este tuvo el objetivo de comparar las causas de muerte fetal (MF) en embarazos únicos pretérmino (edad gestacional $\geq 22-36.6/7$ semanas) y a término (edad gestacional ≥ 37 semanas). Se analizaron los registros clínicos de todos los partos ocurridos en Estocolmo durante el periodo 1998-2009, donde se presentaron un total de 1089 muertes fetales de gestaciones únicas. Se observó que la causa más frecuente de MF fue el desprendimiento prematuro de placenta y la incidencia de trastornos hipertensivos las causas observadas en fetos nacidos muertos con edad gestacional a término, los cuales presentaron complicaciones e infección del cordón umbilical en una mayor proporción. La infección fue más común en los fetos a posttérmino (edad gestacional ≥ 41 semanas) nacidos muertos que a término (46.5 versus 19.8%, $p < 0.001$). Los autores concluyeron que las causas de la muerte fetal fueron diferentes según el periodo gestacional

(10).

Molina S, Solano, A, Gómez, S, Rojas J y Acuña E, en el 2014 publicaron en México los resultados de su estudio transversal “Caracterización de las muertes fetales y factores asociados en una institución latinoamericana de IV nivel de atención”, obtenidos del análisis descriptivo de los factores asociados a la muerte fetal intrauterina en pacientes atendidas en un hospital de elevada capacidad resolutoria en un periodo de 3 años. Se incluyeron 112 muertes fetales (MF) en el estudio. El 42.9% de las MF ocurrió entre la 20 - 28 semanas de gestación y el 47.8% fetos tuvo un peso entre 500 y 1000 gramos. De las características maternas, la edad media de las gestantes fue 27.9 años, donde el 70.5% tuvo una edad entre 20 y 35 años, además, el 33% de las mujeres estaba cursando su primer embarazo, el hipotiroidismo y la hipertensión arterial crónica fueron los antecedentes patológicos más frecuentes (5.4% y 4.5%, respectivamente). Las patologías asociadas con el embarazo de las

gestantes incluidas en el estudio fueron el oligohidramnios (21.4%), polihidramnios (16.9%), los trastornos hipertensivos (17%) y la restricción del crecimiento intrauterino (17%). La disminución de movimientos fetales fue detectada en el 44.6% de los casos por una prueba de bienestar fetal alterada. Los resultados de las necropsias (45.5% de los casos) indicaron que las principales causas de muerte fueron la corioamnionitis (21.5%) y la insuficiencia placentaria (15.6%)⁽¹⁾.

Vásquez N, en el 2013 en Ecuador presenta su tesis titulada “Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013”, un estudio descriptivo y retrospectivo llevado a cabo con el objetivo de identificar las causas más frecuentes que desencadenaron el óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de un año. Se analizaron los datos recopilados de las historias clínicas de 22 pacientes que tuvieron como diagnóstico óbito fetal, donde se obtuvo que las principales causas más frecuentes de desenlace de óbito fetal fueron el desprendimiento placentario (36.4%), la edad materna menor de 15 años (54%), la ruptura prematura de membranas (45.5%) y edad gestacional mayor a 28 (54.5%). Se concluyó la incidencia de óbito fetal se debió principalmente a una edad materna menor de 15 años, así como a causas traumáticas y/o inflamatorias como desencadenante de este evento⁽¹¹⁾.

Hutcheon J, Kuret V, Sabr Y, Linn K en su estudio publicado el 2013 “Immortal Time Bias in the Study of Stillbirth Risk Factors. The Example of Gestational Diabetes” el cual fue un estudio de cohortes en los que se revisó estudios donde el riesgo de muerte fetal en mujeres con preeclampsia se comparó con el riesgo en mujeres sin esta enfermedad. Para este estudio se describió el potencial teórico de sesgo de tiempo inmortal en estudios de muerte fetal y diabetes gestacional y luego se cuantificó la magnitud del sesgo utilizando datos de estadísticas vitales de Estados Unidos del 2006.

Se observó que la diabetes gestacional fue un factor protector contra la muerte fetal en todos los nacimientos (RR=0,88 con un IC del 95% = 0,79-0,99), teniendo en cuenta que se restringió los nacimientos con una gestación > 28 semanas revirtió el efecto y la diabetes se asoció con un mayor riesgo de mortinato (1.25 [1.11-1.41]) ⁽¹²⁾.

Nacionales

Leyva L, publicó en Huancavelica en el año 2017 el estudio de “Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en la región Huancavelica año 2013” cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados con mortalidad fetal, por ello se realizó un estudio de tipo analítica, observacional, retrospectiva. De la investigación se registró 74 muertes fetales en la región de Huancavelica durante el año 2013, de los cuales se seleccionó de los controles 222 aleatoriamente, donde se obtuvo de los resultados los factores biomédicos asociados con OR ajustados, edad fetal menor a 37 semanas (OR=35.2), sufrimiento fetal (OR=1753), los factores de riesgo de madres sin estudio (OR=6.14), madres sin atención prenatal (OR=8) con intervalo de confianza al 95%. Se concluyó que, los factores biomédicos que afectaron fueron la edad fetal, malformación congénita, madres sin estudio, madres sin atención prenatal que se asociaron a la muerte fetal ⁽¹³⁾.

Del Águila N, publicó en Iquitos en el año 2016 el estudio de “Características en gestantes que presentaron muerte fetal intrauterina atendidas en el Hospital Regional de Loreto, año 2014 – 2015” cuyo objetivo fue determinar las características de las gestantes que presentaron muerte fetal intrauterina que fueron atendidas en el Hospital Regional Loreto, para ello se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo, para ello la población de estudio se tuvo 102 casos de muerte fetal intrauterina en gestantes con una muestra de estudio de 81 gestantes atendidas en el hospital, donde se obtuvo los resultados que el 58% de los gestantes fueron de edades entre 20

a 34 años, el 22.2% fueron menores de 20 años y el 19.8% fueron mayores de 35 años, con respecto a la procedencia el 50.6% fueron de la zona urbana y marginal, el 37% procedían de la zona rural y el 12.3% de la zona urbana, el 38.3% procedía de la edad gestacional de 28 a 37 semanas, el 34.6% fueron de la edad gestacional mayor a 37 semanas y el 27.2% presento una edad gestacional menor a 28 semanas, el 54.3% fueron de múltipara, el 19.8% de gran múltipara, el 13.6% fueron de primíparas, el 42% de los gestantes presento patología y el 58% de los gestantes no presento patología, de los hallazgos de 34 pacientes el 23.5% presento muerte fetal intrauterina entre las 22 a 28 semanas, 41.2% presento muerte fetal intrauterina entre 28 a 37 semanas. Se concluyó que, respecto a la investigación de las características el 58% estuvieron entre la edad de 20 a 34 años, el 50.6% las madres gestantes procedía de urbano y marginal, la muerte fetal intrauterina tuvo una relación significativa con la característica obstétrica de edad gestacional de gestantes atendidas en el hospital ⁽¹⁴⁾.

Fustamante C, en el 2016 presenta en Chiclayo su tesis de grado “Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque”, un estudio de casos y controles realizado con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos asociados a la muerte intraútero de un feto de madre con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas atendida en el Hospital Luis Heysen Incháustegui o el Hospital Regional Docente Las Mercedes. La muestra de estudio estuvo conformada por 59 casos de muerte fetal (grupo caso) y 118 neonatos vivos (grupo control). De los factores que evidenciaron un riesgo elevado de presentar el evento de estudio se tuvo el trabajar fuera de casa durante el embarazo (OR 11.59, IC95% 3.19-42.1, P <0.001) y tener antecedente de abortos (OR 4.93, IC95% 1.58-15.37, P 0.006). Por lo contrario, aquellos que mostraron un efecto protector fueron 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. Se concluyó que los factores de riesgo para

muerte fetal en la población de estudio fueron el trabajar fuera de casa durante el embarazo y el antecedente de abortos, asimismo, el factor protector detectado con más frecuencia fueron los controles prenatales ⁽¹⁵⁾.

Moreno N, publicó en Lima en el año 2012 el estudio de “Factores que se asocian a la muerte fetal intrauterina presentados en el Hospital María Auxiliadora del cono sur de Lima - 2011” cuyo objetivo es determinar los riesgos que se asocian a la muerte fetal intrauterino, por ello se realizó un estudio de tipo epidemiológico analítico, observacional de caso control y retrospectivo, para ello la población de estudio estuvo conformada por 3192 gestantes, cuyos partos vía vaginal fueron atendidos en el Hospital María auxiliadora durante los periodos de enero a diciembre en el año 2011, la muestra de estudio estuvo conformado por todas las gestantes de la segunda mitad de la gestación con presencia de muerte fetal intrauterina que fueron 94 casos, de los resultados se obtuvo que en cuanto a las edades de las madres que presentaron muerte fetal intrauterina, se registró con mayor frecuencia entre las edades de 36 a 45 años lo que significa para este grupo ser el factor significativo de riesgo asociado a la muerte fetal intrauterina, el grupo de edad entre 25 y 35 años se registró el 12.8%, en relación al grado de instrucción de las madres que se observó en el nivel secundario con 63.8% en los casos y 73.4% en los controles con mayor frecuencia en ambos casos de grupos de las madres, el nivel de educación primario registró el 29.8% y 1.1% encontrados como factor de riesgo, los abortos previo de factor de riesgo de 4.21 con intervalos de confianza entre el 1.8659 a 9.5159, la anemia (OR=2.8553, IC=1.578-5.1667); asimismo los factores de malformaciones congénitas de los neonatos (OR=7.1842, IC=2.0385-25.3185) afecto a la muerte fetal intrauterina. Concluyó que, en la gestación se observó que existen muchos factores significativos de riesgo que se asocian a la muerte fetal intrauterina por lo que recomendó intervención desde antes de la gestación para controlar los factores de riesgo ⁽¹⁶⁾.

2.2. Base teórica

Óbito fetal

Existen diferentes definiciones de óbito fetal que difiere entre las distintas organizaciones internacionales. Por lo que en términos generales, óbito fetal es una muerte fetal que ocurre antes, durante o en el momento del parto después de una duración de gestación seleccionada y predefinida⁽¹⁷⁾. En base a un criterio estadístico, tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades en su decima revisión (CIE-10) como la OMS lo definen como la muerte de un producto de la concepción antes de la expulsión completa o extracción de su madre, considerando que el feto ha alcanzado al menos un peso al nacer de 500 gramos, o ≥ 22 semanas completas de gestacion o una longitud coronilla – talon de 25 cm⁽¹⁷⁾. El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) define la muerte fetal u óbito fetal como el nacimiento del feto que no muestra signos de vida a las 20 semanas o más de gestación o un peso ≥ 350 gramos (percentil 50 para el peso a las 20 semanas de gestación)⁽¹⁸⁾. Según las pautas del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, lo define como un feto muerto cuyo peso al nacer es de 350 gramos o más, o ≥ 20 semanas completas de gestación⁽¹⁹⁾. Asimismo, el CDC lo clasifica como muerte fetal temprana (entre 20 y 27 semanas completas de gestación), tardía (entre 28 y 36 semanas completas de gestación) o a término (entre 37 o más semanas completas de gestación)⁽²⁰⁾. Cabe mencionar que para efecto de comparación internacional, la OMS define como óbito fetal en el tercer trimestre a un feto muerto con 1000 gramos o más de peso al nacer, ≥ 28 semanas completas de gestación⁽²¹⁾.

Factores de riesgo maternos

Una gran cantidad de factores están directa o indirectamente asociados con el riesgo de óbito fetal o muerte fetal. En los países desarrollados, las infecciones maternas y fetales contribuyen a casi la mitad de casos. Para los países en desarrollo, los factores de riesgo más comunes de este evento incluyen la atención del parto por profesional no calificado, bajo nivel socioeconómico de la madre, nutrición materna deficiente, indicación o realización tardía de cesárea, antecedente de muerte fetal previa y edad materna avanzada. Los defectos congénitos graves también son un factor de riesgo para muerte fetal ⁽²²⁾. Un reciente artículo publicado en *The Lancet* ha indicado la existencia de 38 factores maternos como posibles factores de riesgo de muerte fetal intrauterina, entre ellos incluidos factores demográficos, ambientales, nutricionales y de estilo de vida, infecciones maternas y enfermedades no transmisibles y factores fetales ⁽²³⁾.

En general, las características o condiciones maternas reportadas frecuentemente por diversos estudios como factores que aumentan el riesgo de muerte fetal son el bajo nivel socioeconómico, edad mayor o igual de 35 años, fumar tabaco o marihuana durante o justo antes del embarazo, o exposición secundaria al humo durante el embarazo, uso de drogas ilegales antes o durante el embarazo, sobrepeso u obesidad, antecedente de diabetes, antecedente de hipertensión arterial, nuliparidad, antecedente de muerte fetal o de recién nacido pequeño para la edad gestacional, embarazo múltiple y tratamiento de reproducción asistida ⁽²⁴⁾.

Factores sociodemográficos

Los factores de riesgo sociodemográficos e intraparto para los resultados adversos del embarazo han sido bien estudiados. En los países de bajos y medianos ingresos, los factores de riesgo sociodemográficos para las muertes neonatales incluyen la edad materna, la educación, la paridad y el acceso a la atención prenatal y del parto.

- **Edad materna**

La edad materna es uno de los factores de riesgo significativo para la muerte fetal. Tanto la edad materna temprana, la talla baja materna, la desnutrición y la anemia son todos factores de riesgo de óbito fetal. Sin embargo, la edad materna avanzada (generalmente descrita como la edad de 35 años o más) es un factor de riesgo independiente de muerte fetal incluso después de controlar los factores: obesidad, diabetes gestacional, hipertensión y gestaciones múltiples, asociados con la edad avanzada ⁽²⁵⁾. Un estudio en la India encontró un OR de hasta 2.31 (I 95% 1.81-2.95) para muerte fetal en gestantes con 35 años o más ⁽²⁶⁾.

- **Nivel de instrucción y ocupación materna**

Se sabe que tanto la mortalidad materna como la morbilidad asociada al embarazo son consideradas un indicador de inequidad y desigualdad social, así como del bajo acceso a los servicios de educación, de salud, oportunidades económicas, entre otros. Diversos estudios han considerado al grado de escolaridad como factor asociado para muerte fetal, todos los cuales han establecido su riesgo estadísticamente. Un estudio población que busco determinar las tasas y los factores asociados a las muertes fetales en los países en desarrollo encontró que las mujeres que no tenían educación formal tuvieron un riesgo significativamente mayor de muerte fetal en comparación con las que no tuvieron este factor de riesgo (OR = 1.4, IC 95% 1.2-1.5) ⁽²⁷⁾. En cuanto a la ocupación de la gestante, es conocido que existen diversos riesgos laborales asociados a eventos adversos (incluido la muerte fetal) en el binomio madre-niño ⁽²⁸⁾.

- **Control prenatal**

El control prenatal es una estrategia de salud para la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal ya que hace posible el poder identificar de forma temprana los factores de riesgo y enfermedades durante el período

prenatal, facilitando un inicio oportuno de la terapia y la derivación a una institución con capacidad resolutoria con el objetivo de prevenir o minimizar las muertes fetales ⁽²⁹⁾. La OMS indica que cuatro visitas prenatales pueden tener un impacto positivo en el resultado del embarazo ⁽³⁰⁾. Según la NTS N°105 del Ministerio de Salud del Perú, para lograr buenos resultados perinatales, una gestante tiene que haber cumplido su sexta atención prenatal ⁽³¹⁾. Además, durante el control prenatal también es posible educar a la gestante acerca de los cuidados generales de su salud, así como en la identificación temprana de factores de riesgo y enfermedades que puedan deteriorar su salud y la del feto. En el mismo estudio poblacional mencionado anteriormente, se encontró que las mujeres que no recibieron atención prenatal tuvieron un riesgo significativamente mayor de muerte fetal en comparación con las que si recibieron ⁽²⁷⁾.

Factores obstétricos

- **Paridad**

La paridad es otro factor de riesgo frecuentemente reportado en estudios de países en desarrollo. Tanto la primiparidad como la paridad ≥ 5 se han asociado con muerte fetal por varios otros estudios de países en desarrollo. Por ejemplo, un estudio en Sudáfrica, Ntuli y Malangu identificaron que la primiparidad fue un factor de riesgo para la muerte fetal ⁽²⁶⁾. De manera similar, el estudio multinacional de muertes fetales en países de bajos ingresos económicos (segundo y tercer mundo) también evidencio que las mujeres que fueron primíparas (OR = 1.3 IC 95% 1.2-1.5, $p < 0.001$) o que estaban en su quinta o mayor gestación (OR = 1.2 IC 95% 1.1-1.3, $p < 0.001$) también tuvieron un mayor riesgo de muerte fetal en comparación con las mujeres que cursaban su segundo a cuarto embarazo ⁽²⁷⁾.

- **Antecedente de óbito fetal**

El riesgo de muerte fetal en embarazos posteriores es mayor en las mujeres que tienen el antecedente de una muerte fetal en su primer embarazo. Una reciente revisión sistemática donde los autores utilizaron los datos extraídos de diversos estudios para determinar la probabilidad de ocurrencia de muerte fetal en embarazos posteriores a una muerte fetal previa en comparación con aquellos que culminaron su gestación con un recién nacido vivo, estos encontraron que las mujeres que han tenido una muerte fetal en un embarazo anterior tienen un mayor riesgo de muerte fetal en un embarazo posterior evidenciado por un OR de 4.83 (IC 95% 3.77-6.18). Asimismo, cuando restringieron el análisis a estudios primarios o a estudios del primer o segundo embarazo después de la muerte fetal, se mantuvo el riesgo aumentado (OR de 3.88 y 4.77 respectivamente) ⁽³²⁾.

- **Gestación múltiple**

En Estados Unidos, la tasa de muertes fetales entre gestaciones múltiples es 4 veces mayor que en la de fetos únicos. Esto se debería la complicación específica de las gestaciones múltiples (por eje., síndrome de transfusión feto-fetal) y al aumento general del riesgo de complicaciones, específicamente anomalías fetales y restricción de crecimiento intrauterino. A su vez, una gran proporción de las gestaciones múltiples están relacionadas con reproducción asistida ⁽²⁵⁾.

Comorbilidad materna

- **Infección del tracto urinario**

Las infecciones urinarias son una de las patologías más frecuentes durante la gestación, cuando las infecciones urinarias se desarrollan en una mujer embarazada, todos los procesos maternos pueden no alterarse o bien mostrar

respuestas de tipo sinérgico o antagónico, como consecuencia de la combinación de ambos estímulos ⁽³³⁾.

Existe una relación entre la gestación y las patologías del aparato urinario tanto las preexistentes al embarazo como las aparecidas durante el mismo ⁽³⁴⁾, ya que existen algunas características de la mujer y modificaciones fisiológicas que suceden en el embarazo sobre el aparato urinario son los principales factores que la predisponen a sufrir infecciones urinarias las cuales pueden producir muerte fetal por los diferentes agentes etiológicos. es por eso la importancia de detectar oportunamente cualquier infección urinaria durante la gestación ya que de esta manera radica la posibilidad de prevenir complicaciones graves que van desde el aborto espontáneo, muerte fetal in útero, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino, malformaciones fetales, infecciones congénitas en el recién nacido, sepsis neonatal, secuelas post natales de la infección e infección puerperal y sepsis materna ⁽³⁵⁾.

- **Diabetes gestacional**

La diabetes es una causa común e importante de muerte fetal y otros resultados adversos del embarazo. La fisiopatología de la muerte fetal intrauterina en embarazos diabéticos es compleja y parece ser multifactorial, donde diferentes vías que conducirían a la muerte fetal o neonatal. Sin embargo, en el caso específico de diabetes gestacional aun es discutible considerar a esta patología como un factor de riesgo considerable para muerte fetal. Estudios indican que si bien la diabetes gestacional puede ser un factor de riesgo para muerte fetal y mortalidad perinatal, este no parece ser tan elevado como con la diabetes pregestacional (diabetes tipo 1 y tipo 2). Estudios en la década pasada demostraron un aumento cuádruple del riesgo de mortalidad perinatal en embarazos con diabetes gestacional, describiendo que las mujeres diagnosticadas con diabetes gestacional tuvieron tasas más altas de muertes fetales que las mujeres no diabéticas.

Asimismo, se ha reportado que las mujeres con diabetes gestacional pero no tratadas tendrían mayor riesgo de muerte fetal que las mujeres con diabetes gestacional tratadas y las mujeres no diabéticas, aunque esta evidencia no fue significativa estadísticamente y supuso que la diabetes gestacional tenía poco efecto en la muerte fetal intrauterina ⁽³⁶⁾. Por el contrario, una reciente investigación afirma que la diabetes gestacional si podría aumentar las probabilidades de esta complicación a partir de las 28 semanas de embarazo. Los autores de este estudio realizado en los Estados Unidos encontraron que la diabetes gestacional sí estaba asociada con un aumento independiente en las probabilidades de muerte fetal en 1.25 veces (IC95% 1.11-1.41), con la acotación de que la data solo se restringió a los embarazos con 28 semanas o más de gestación ⁽³⁷⁾.

- **Preeclampsia**

La enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, la cual trae como consecuencia un deterioro de la función placentaria, disminución del aporte sanguíneo materno y desprendimiento prematuro placentario, incrementando así el riesgo de mortalidad perinatal y sobre todo fetal.

En el estudio realizado por Sanchez S. et al. reporto que la tasa de muerte fetal y muerte neonatal fue en 22.2% y 34.1% respectivamente a causa de la preclamsia ⁽³⁸⁾, además para Milos M. et al en su estudio sobre el análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo donde concluyo que la hipertensión crónica aumenta el riesgo de óbito fetal ⁽³⁹⁾. Bastidas Z. y Villalva E. en su estudio realizado el 2016 sobre la incidencia de preeclampsia en embarazadas se observó que de los factores de riesgo que existieron fue mujeres primigestas en el 59,23%, adolescentes en el 37,69% y la herencia en el 30,77; causando como resultado complicaciones maternas como la eclampsia en un 0,77% y el síndrome de HELLP en un 3,08%; lo cual conlleva a las complicaciones fetales que son la prematuridad en un 15,38%; el

compromiso de bienestar fetal en un 6,15% de los embarazos y el óbito fetal en un 0,77% ⁽⁴⁰⁾.

2.3. Hipótesis

Hipótesis de investigación (Hi): Existen factores de riesgo maternos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

2.4. Variables

Variable dependiente:

- Óbito fetal

Variable independiente:

- Factores de riesgo maternos

2.5. Definición operacional de términos

- **Antecedente de óbito fetal:** historia previa de óbito fetal ⁽⁴¹⁾.
- **Control prenatal:** número de atenciones brindadas a la gestante por profesionales de la salud calificados a fin de garantizar las mejores condiciones de salud tanto para la madre como para producto de la concepción ⁽⁴²⁾.
- **Diabetes gestacional:** diabetes que aparece durante el embarazo o que no fue diagnóstica previamente ⁽⁴³⁾.
- **Gestación múltiple:** embarazo originalmente conformado por dos o más fetos dentro o fuera de cavidad uterina ⁽⁴¹⁾.
- **Infección urinaria:** gestante con diagnóstico de algún tipo de infección del tracto urinario mediante examen completo de orina o urocultivo preferiblemente ⁽⁴¹⁾.
- **Nacido vivo:** producto de la concepción con edad gestacional mayor o igual a 22 semanas y de peso mayor o igual a 500 gramos que después de su expulsión presenta signos de vida ⁽³¹⁾.

- **Nivel de instrucción:** etapas educativas propias del sistema educativo peruano, se incluirán para la investigación educación inicial, primaria, secundaria y superior ⁽⁴⁴⁾.
- **Óbito fetal:** muerte de un feto con peso mayor o igual a 500 gramos o edad gestacional mayor o igual a 22 semanas completas o una longitud fetal de 25 cm o más ⁽¹⁷⁾.
- **Ocupación:** tipo de relación que existe entre la persona ocupada y el responsable del centro de trabajo ⁽⁴⁴⁾.
- **Paridad:** número de partos previos al embarazo actual ⁽³¹⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo observacional, ya que la investigadora no manipuló deliberadamente las variables. El diseño del estudio es analítico, ya que la finalidad fue buscar la relación de dos variables; es retrospectivo, porque la información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes incluidas en el estudio; finalmente es un estudio transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un momento específico en el tiempo.

3.2. Área de estudio

El estudio se desarrolló en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales que está ubicado en Av. Túpac Amaru N° 8000 Comas.

3.3. Población y muestra

Población: La población de estudio estuvo representada por pacientes con edad gestacional a partir de las 22 semanas en adelante que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

Muestra:

Debido a la reducida cantidad de pacientes con diagnóstico de óbito fetal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017. La muestra para el grupo caso estuvo constituida por las historias clínicas de 59 pacientes con diagnóstico de óbito fetal y para mantener la relación de 1 a 1 el grupo control estuvo conformado por 59 pacientes con recién nacidos vivos.

Criterios de inclusión:

Grupo casos:

- Pacientes con diagnóstico de óbito fetal.
- Pacientes con historia clínica completa.
- Pacientes de mayores de 20 años.

Grupo control:

- Pacientes con recién nacidos vivos.
- Pacientes con historia clínica completa.
- Pacientes de mayores de 20 años.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica incompleta o extraviada.
- Pacientes con menos de 22 semanas de edad gestacional o peso del feto menor a 500 gr.
- Pacientes que presentaron gestación con malformaciones congénitas incompatibles con la vida.

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos**Técnica:**

La técnica de recolección fue documental, ya que se revisaron fuentes secundarias de información, en este caso las historias clínicas de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.

Instrumento:

Para la recopilación de la información se diseñó una ficha de recolección de datos, la cual se elaboró en base a los objetivos y la operacionalización de variables. La ficha de recolección consta de 4 secciones:

Sección 1: Diagnóstico de óbito fetal

Sección 2: Factores sociodemográficos

Sección 3: Factores obstétricos

Sección 4: Comorbilidad materna

Validación del instrumento

Para este estudio no fue necesario evaluar la validez ni confiabilidad del instrumento debido a que, para la recolección de los datos se utilizó una ficha de recolección, instrumento que permitió medir variables objetivas (datos exactos) y no variables subjetivos como percepciones, opiniones o conocimientos.

3.5. Diseño de recolección de datos

- Se pidió permiso a la dirección del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, para poder realizar la recolección de datos.
- Se solicitó permiso a la institución para poder realizar el estudio en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia.
- Previo a la ejecución del estudio se discutieron los procedimientos y objetivos del estudio con los pacientes.
- Toda la información requerida fue registrada en la ficha de recolección de datos propuesta para el estudio y fue responsabilidad de la propia investigadora.
- Cuando se recolectaron los datos estos fueron puestos en la base de datos preparada en el programa estadístico SPSS v.23, para ser interpretada.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Procesamiento

Los pasos para el procesamiento de datos fueron los siguientes:

- Se enumeró cada ficha recolectada de forma ordenada hasta completar la última ficha.
- Luego, se creó una base de datos en el programa SPSS vs 23 en español, donde se ingresó cada ficha recolectada.
- Terminado el llenado se realizó el control de calidad de datos realizando la consistencia de los datos, depuración, re categorización, etc.

Todo esto en base a la operacionalización de las variables, matriz de codificación y objetivos del presente estudio.

- Posteriormente, se procedió con la obtención de los resultados, donde se elaboraron tablas simples y de doble entrada con sus respectivos gráficos estadísticos de barra

Análisis de datos

Análisis univariado

Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencia absolutas (n) y relativas (%), mientras que las variables cuantitativas se utilizó las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis bivariado

Para determinar los factores de riesgo maternos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales se empleó la prueba Chi-Cuadrado, luego de ello se comprobó si dichos factores asociados también eran factores de riesgo utilizando Medidas de Odds Ratio o Razón de Momios. Para ambas pruebas se utilizó un nivel de significancia del 5%, se consideró como significativo con un valor $p < 0.05$.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

TABLA 1.

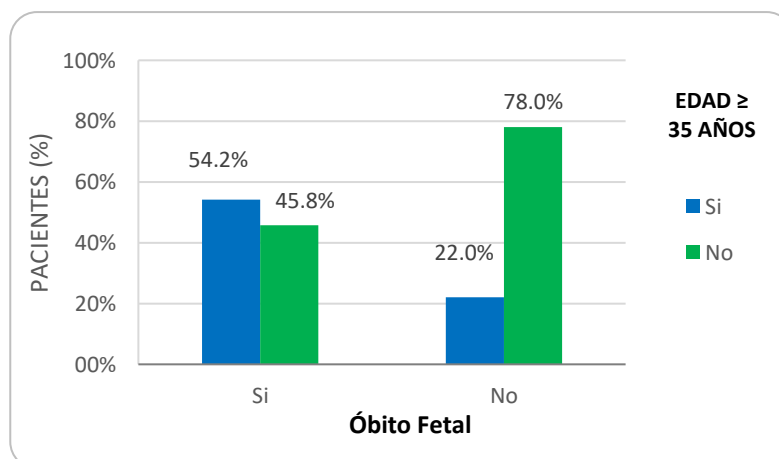
Edad mayor igual a 35 años de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

Edad ≥ 35 años	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	p*
	Si		No						
	N	%	N	%	N	%			
Si	32	54,2%	13	22,0%	45	38,1%	4,194	1.883-9.341	<0.001
No	27	45,8%	46	78,0%	73	61,9%			
Total	59	100,0%	59	100,0%	118	100,0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

GRÁFICO 1.

Edad mayor igual a 35 años de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla 1 y el gráfico 1 que en el grupo de pacientes que no presentaron óbito fetal, el 22,0% es mayor a 35 años (n=13), en contraste al 54,2% de las pacientes que presentaron óbito fetal (n=32), representando un incremento del riesgo de óbito fetal de 4,1 veces con respecto a la edad menor a 35 años (OR=4,194, IC 95%: 1,883-9,341, P<0,001)

TABLA 2.

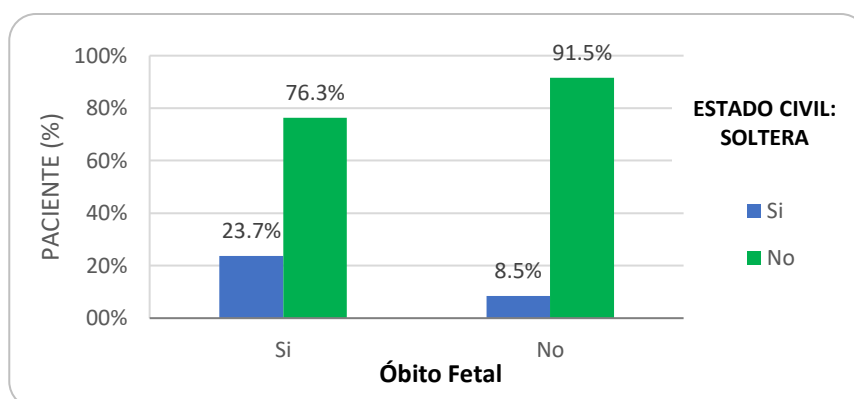
Estado civil: soltera de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

Estado Civil: Soltera	Óbito Fetal				Total		OR	IC al 95%	p
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Si	14	23,7%	5	8,5%	19	16,1%	3,36	1.124-10.044	0,024
No	45	76,3%	54	91,5%	99	83,9%			
Total	59	100,0%	59	100,0%	118	100,0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

GRÁFICO 2.

Estado civil: soltera de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla 2 y el gráfico 2 que en el grupo de pacientes que no presentaron óbito fetal, el 8,5% son solteras (n=5), en contraste al 23,7% de las pacientes que presentaron óbito fetal (n=14), representando un incremento del riesgo de óbito fetal de 3,3 veces con respecto a no estar soltera (OR=3,360, IC 95%: 1,124-10,044, P=0,024)

TABLA 3.

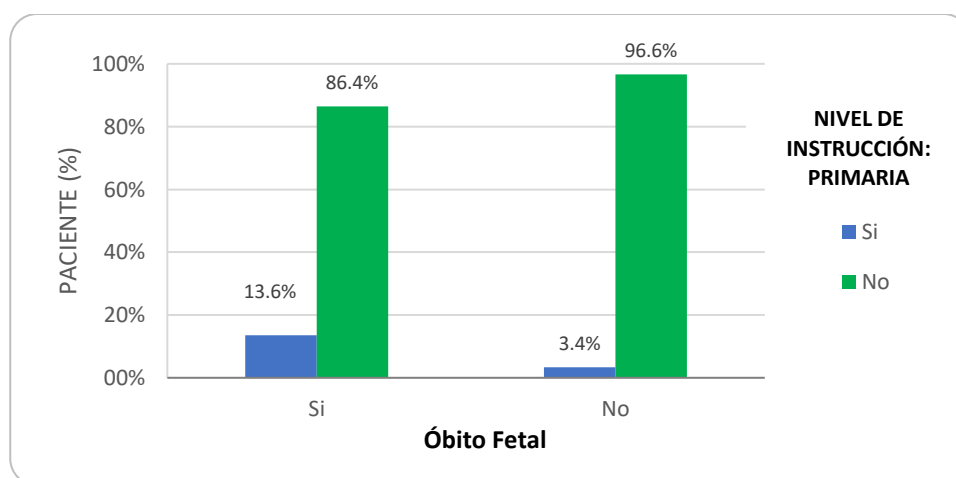
Nivel de instrucción: primaria, de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

Nivel de Instrucción: Primaria	Óbito Fetal				Total		OR	IC al 95%	p
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Si	8	13,6%	2	3,4%	10	8,5%	4,471	0.907-22.03	0,04
No	51	86,4%	57	96,6%	108	91,5%			
Total	59	100,0%	59	100,0%	118	100,0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

GRÁFICO 3.

Nivel de instrucción: primaria, de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla 3 y el gráfico 3 que en el grupo de pacientes que no presentaron óbito fetal, el 3,4% tenían nivel de instrucción primaria (n=2), en contraste al 13,6% de las pacientes que presentaron óbito fetal (n=8), representando un incremento del riesgo de óbito fetal de 4,4 veces con respecto a no tener nivel de instrucción primaria (OR=4,471, IC 95%: 0.907-22.03, P=0,040)

TABLA 4.

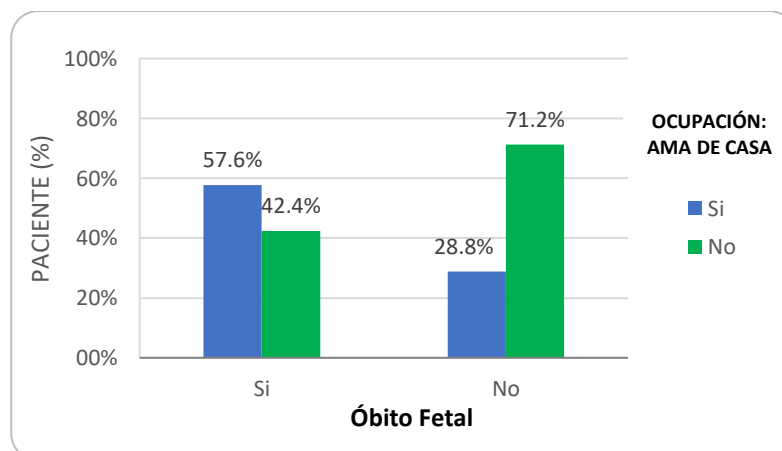
Ocupación: ama de casa, de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

Ocupación: Ama de casa	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	P*
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Si	34	57,6%	17	28,8%	51	43,2%	3,36	1.565 - 7.215	0,002
No	25	42,4%	42	71,2%	67	56,8%			
Total	59	100,0%	59	100,0%	118	100,0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017
*Prueba Chi cuadrado // *** Odds Ratio

GRÁFICO 4.

Ocupación: ama de casa, de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla 4 y el gráfico 4 que en el grupo de pacientes que no presentaron óbito fetal, el 28,8% tenían ocupación de ama de casa (n=17), en contraste al 57,6% de las pacientes que presentaron óbito fetal (n=34), representando un incremento del riesgo de óbito fetal de 3,3 veces con respecto a no tener ocupación de ama de casa (OR=3,36, IC 95%: 1.565 - 7.215, P=0,002)

TABLA 5.

Antecedente de óbito fetal en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

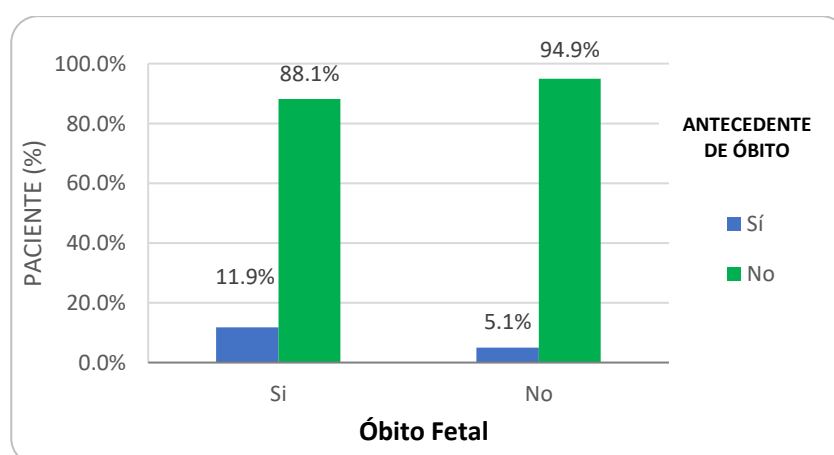
Antecedente de óbito	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	P*
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Sí	7	11,9%	3	5,1%	10	8,5%	2,513	0,617-10,233	0,186
No	52	88,1%	56	94,9%	108	91,5%			
Total	59	100,0%	59	100,0%	118	100,0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

*Prueba Chi cuadrado // *** Odds Ratio

GRÁFICO 5.

Antecedente de óbito fetal en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla 5 y el gráfico 5 que en el grupo de pacientes que no presentaron óbito fetal, el 5,1%% tenían antecedente de óbito (n=3), en contraste al 11,9% de las pacientes que presentaron óbito fetal (n=7).

TABLA 6.

Control prenatal menor a 6, en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

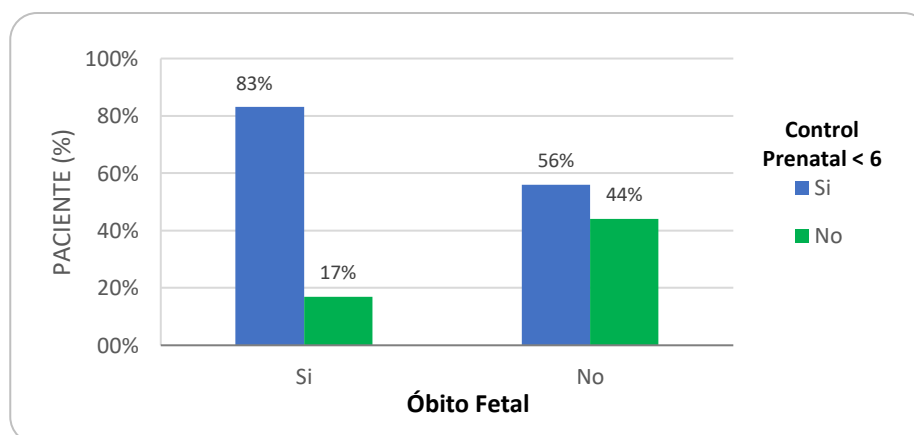
Control Prenatal < 6	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	P*
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Si	49	83,1%	33	55,9%	82	69,5%	3,861	1.646-9.055	0,001
No	10	16,9%	26	44,1%	36	30,5%			
Total	59	100,0%	59	100,0%	118	100,0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

*Prueba Chi cuadrado // *** Odds Ratio

GRÁFICO 6.

Control prenatal menor a 6, en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla 6 y el gráfico 6 que en el grupo de pacientes que no presentaron óbito fetal, el 55,9% (n=33), control prenatal menor a 6 en contraste al 83,1% de las pacientes que presentaron óbito fetal (n=49), representando un incremento del riesgo de óbito fetal de 3,8 veces con respecto a tener control prenatal mayor a 6 (OR=3,861, IC 95%: 1.646-9.055, P<0,001).

TABLA 7.

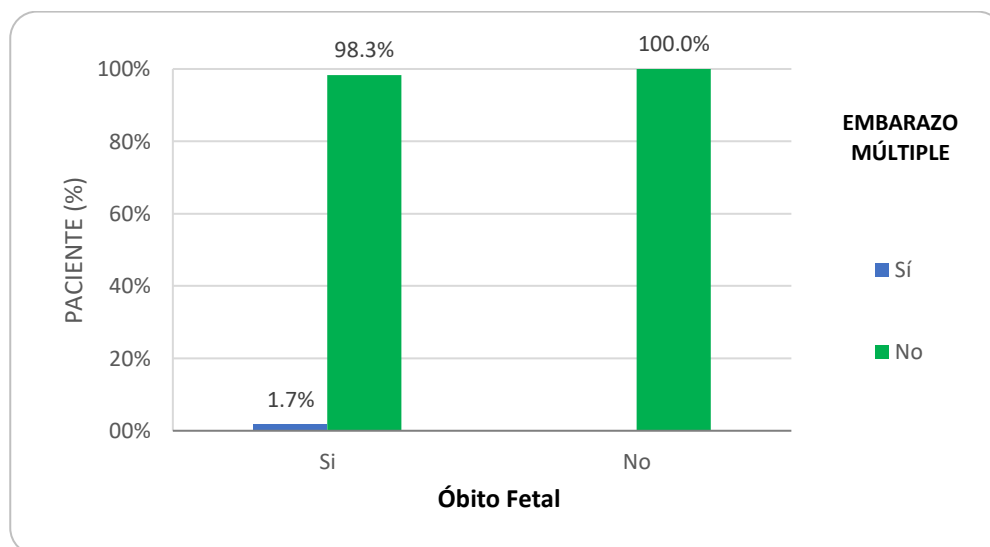
Embarazo múltiple en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

Embarazo Múltiple	Óbito Fetal				Total	
	Si		No		N	%
	N	%	N	%		
Si	1	1.7%	0	0.0%	1	0.8%
No	58	98.3%	59	100.0%	117	99.2%
Total	59	100.0%	59	100.0%	118	100.0%

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

GRÁFICO 7.

Embarazo múltiple en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 7 y el gráfico 7 se observa que en el grupo caso, solo una paciente presentó embarazo múltiple, en contraste a ninguna del grupo control, no se puede determinar embarazo al múltiple como factor de riesgo de óbito fetal.

TABLA 8.

Paridad en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

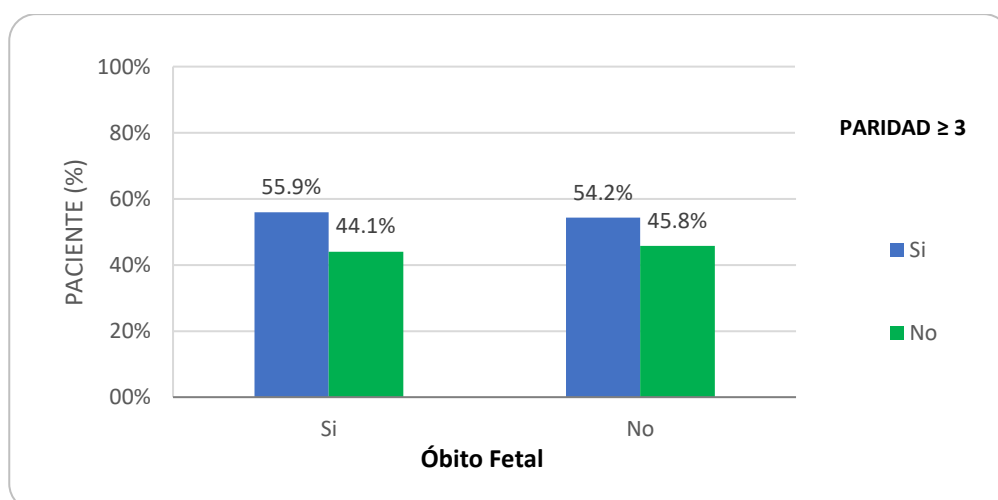
Paridad ≥ 3	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	p*
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Si	33	55.9%	32	54.2%	65	55.1%	1.071	0.518 – 2.212	0.853
No	26	44.1%	27	45.8%	53	44.9%			
Total	59	100.0%	59	100.0%	118	100.0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

* Prueba Chi cuadrado // ** Odds Ratio

GRÁFICO 8.

Paridad en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 8 y el gráfico 8 se observa que, en el grupo de controles, el 54.2% presentó paridad ≥ 3 (n=32), semejante al 55.9% de los casos. En ese sentido, la paridad ≥ 3 no representó riesgo de óbito fetal.

TABLA 9.

Gravidez de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

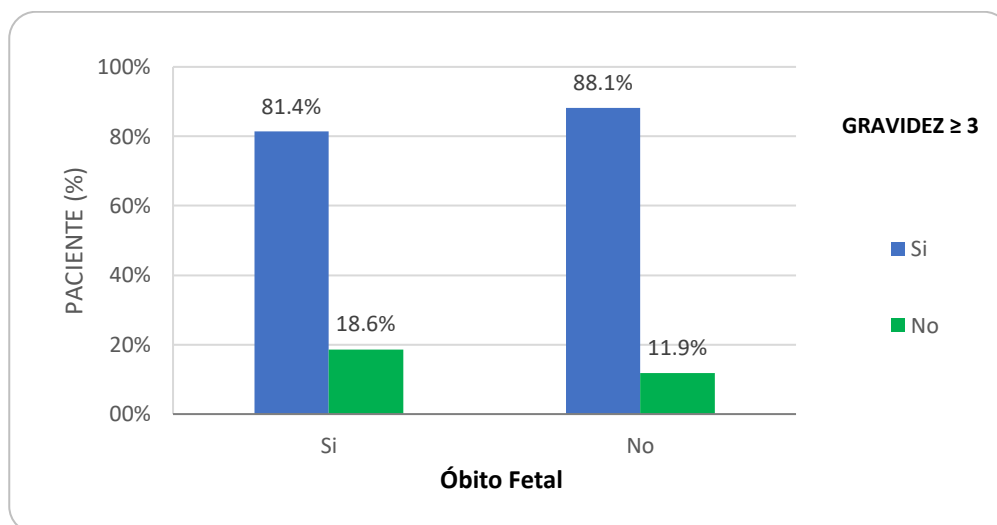
Gravidez ≥ 3	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	p*
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Si	48	81.4%	52	88.1%	100	84.7%	0.587	0.211 – 1.638	0.306
No	11	18.6%	7	11.9%	18	15.3%			
Total	59	100.0%	59	100.0%	118	100.0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

* Prueba Chi cuadrado // ** Odds Ratio

GRÁFICO 9.

Gravidez de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 9 y el gráfico 9 se observa que, en el grupo de controles, el 88.1% presentó gravidez ≥ 3 (n=52), semejante al 81.4% de los casos. En ese sentido, la GRAVIDEZ ≥ 3 no representó riesgo de óbito fetal.

TABLA 10.

Infección urinaria en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

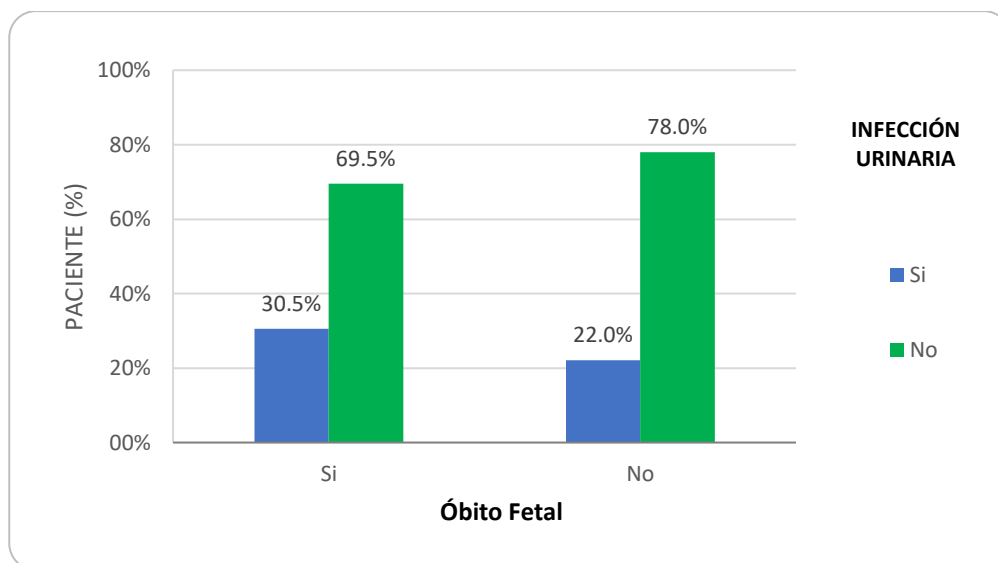
Infección Urinaria	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	p*
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Si	18	30.5%	13	22.0%	31	26.3%	1.553	0.679 – 3.557	0.296
No	41	69.5%	46	78.0%	87	73.7%			
Total	59	100.0%	59	100.0%	118	100.0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

* Prueba Chi cuadrado // ** Odds Ratio

GRÁFICO 10.

Infección urinaria en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 10 y el gráfico 10 se observa que, en el grupo de controles, el 22% presentó infección urinaria (n=13), semejante al 30.5% de los casos. En ese sentido, la infección urinaria no representó riesgo de óbito fetal.

TABLA 11.

Preeclampsia en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

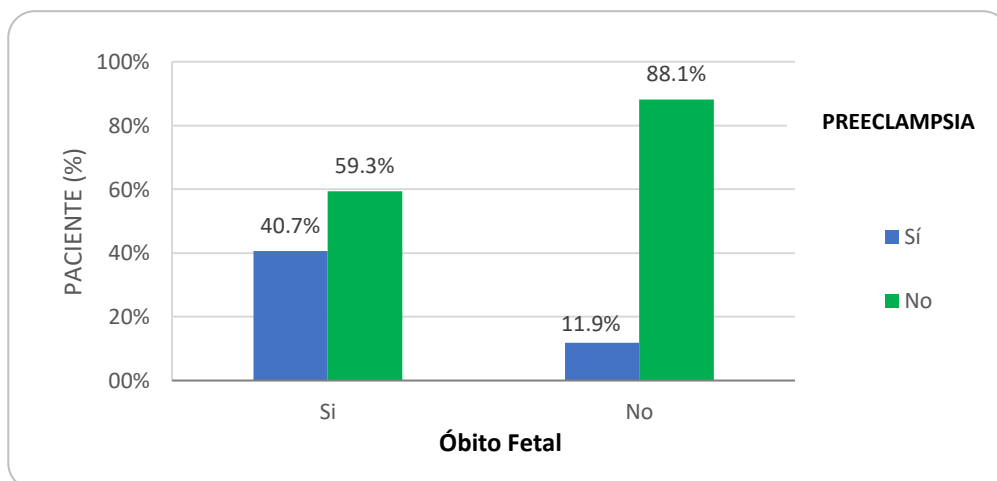
Preeclampsia	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	p*
	Si		No		N	%			
	N	%	N	%					
Si	24	40.7%	7	11.9%	31	26.3%	5.094	1.98 – 13.102	<0.001
No	35	59.3%	52	88.1%	87	73.7%			
Total	59	100.0%	59	100.0%	118	100.0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

* Prueba Chi cuadrado // ** Odds Ratio

GRÁFICO 11.

Preeclampsia en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 11 y el gráfico 11 se observa que, en el grupo de controles, el 11.9% presentó preeclampsia (n=7), en contraste al 40.7% de los casos, representando un incremento del riesgo de óbito fetal de 5.1 veces con respecto a la ausencia de preeclampsia (OR=5.094, IC 95%: 1.98 – 13.102, p<0.001).

TABLA 12.

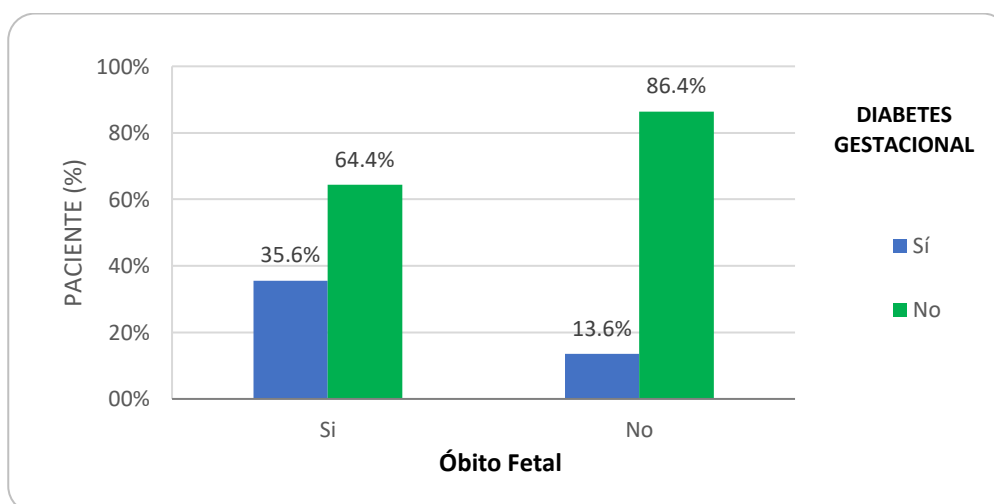
Diabetes Gestacional en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.

Diabetes Gestacional	Óbito Fetal				Total		OR**	IC al 95%	p*
	Sí		No		N	%			
	N	%	N	%					
Sí	21	35.6%	8	13.6%	29	24.6%	3.523	1.429 – 8.807	0.005
No	38	64.4%	51	86.4%	89	75.4%			
Total	59	100.0%	59	100.0%	118	100.0%			

Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017
* Prueba Chi cuadrado // ** Odds Ratio

GRÁFICO 12.

Diabetes Gestacional en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el 2017.



Fuente: Encuesta tomada en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 12 y el gráfico 12 se observa que, en el grupo de controles, el 13.6% presentó diabetes gestacional (n=8), en contraste al 35.6% de los casos, representando un incremento del riesgo de óbito fetal de 3.5 veces con respecto a la ausencia de diabetes gestacional (OR=3.523, IC 95%: 1.429 – 8.807, p<0.001).

4.2. Discusión

En el presente estudio realizado en 118 pacientes (todas gestantes) que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, donde se determinó los factores de riesgo para óbito fetal. Para lograr dicho utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos, el cual fue diseñado por el propio investigador.

Respecto a la edad de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 54.2% de las gestantes que tuvieron óbito fetal eran mayores de 35 años de edad. Resultados similares halló Moreno, N.,⁽¹⁶⁾ en su estudio realizado en el Hospital María Auxiliadora, el 38.3% de las gestantes que tuvieron muerte fetal intrauterina tenían entre 36 a 45 años de edad; de igual manera Leyva, L.⁽¹³⁾, halló en su tesis realizada en Perú, que el 36% de las gestantes con muerte fetal tenían más de 30 años de edad. Resultados opuestos encontró Vázquez, N.⁽¹¹⁾, donde el 54.5% de las gestante ecuatorianas que tuvieron óbito fetal tenían menos de 25 años de edad; de igual manera Carreño C.⁽⁸⁾, halló en su tesis realizado en Colombia que la edad media de las gestantes con óbito fetal fue de 24.4 años; bajo la misma línea de investigación, Molina, G., et al.⁽¹⁾, encontraron en su estudio realizado en México que la edad promedio de las gestantes con óbito fetal era de 27.9 años; bajo la misma línea de investigación Del Águila N.⁽¹⁴⁾, encontró que el 58% de las gestantes iquiteñas que tuvieron óbito fetal tenían entre 20 a 34 años de edad; Fustamante., C.⁽¹⁵⁾, en su tesis realizada en Chiclayo encontró que la edad promedio de las pacientes con muerte fetal fue de 29.60 años. Se puede mencionar que para el presente estudio más de la mitad de las gestantes añosas presentaron muerte fetal.

Respecto al estado civil de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los

resultados obtenidos demostraron que el 76.3% de las pacientes que tuvieron óbito fetal no eran solteras (convivientes o casadas). Resultados semejantes encontró Moreno, N. ⁽¹⁶⁾, donde el 72.3% de las gestantes con muerte fetal intrauterina eran convivientes; así mismo Jurado, D., et al. ⁽⁷⁾, en su estudio realizado en Colombia encontraron que el 64.2% de las gestantes con óbito fetal tenían unión estable con su pareja; de igual manera Fustamante., C. ⁽¹⁵⁾, encontró que el 62.71% de las gestantes chiclayanas eran convivientes. Resultados casi similares halló Leyva, L. ⁽¹³⁾, donde el 30% de las gestantes que intervinieron en su estudio eran convivientes. Resultados opuestos encontró Carreño, C. ⁽⁸⁾, en su tesis realizada en Cartagena donde el 81.2% de las gestantes eran casadas. Se puede mencionar que para el presente estudio la mayoría de las gestantes que tuvieron óbito fetal tenían una unión estable con su pareja.

Respecto al nivel de instrucción de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 86.4% de las gestantes que tuvieron óbito fetal tenían nivel educativo secundario y/o superior. Resultados similares Moreno N. ⁽¹⁶⁾, halló en su estudio realizado en Lima donde el 63.8% de las gestantes con muerte fetal intrauterina tenían nivel de instrucción secundaria; de igual manera Carreño C. ⁽⁸⁾, halló en su estudio que el 54.5% de las gestantes colombianas que intervinieron en su estudio tenían nivel educativo secundario; así mismo Molina, G., et al. ⁽¹⁾, hallaron en su estudio realizado en México que el 60.7% de las gestantes con óbito fetal tenían escolaridad primaria; bajo la misma línea de investigación Jurado, D., et al. ⁽⁷⁾, halló en su estudio que las gestantes con óbito fetal tenían nivel educativo secundarios (52.3%); Fustamante., C. ⁽¹⁵⁾, en su estudio realizado en Chiclayo halló que el 54.24% de las gestantes con óbito fetal tenían nivel educativo secundario. Resultados opuestos encontró Leyva, L. ⁽¹⁵⁾, en su tesis realizada en Perú, donde el 41% de las gestantes con muerte fetal tenían nivel educativo primario.

Se puede mencionar que para el presente estudio más de la mitad de las gestantes que tuvieron óbito fetal tenían educación básica completa.

Respecto a la ocupación de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 57.6% de las pacientes que tuvieron óbito fetal eran amas de casa. Resultados similares halló Carreño C. ⁽⁸⁾, donde el 89.4% de las gestantes colombianas que intervinieron en su estudio eran amas de casa; de igual manera Fustamante., C. ⁽¹⁵⁾, demostró que el 62.71% de las gestantes chiclayanas con óbito fetal eran amas de casa. Se puede mencionar que para el presente estudio más de la mitad de las gestantes que tuvieron óbito fetal solo se dedicaban a labores del hogar.

Respecto a los antecedentes de óbito de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que solo el 11.9% de las gestantes que tuvieron óbito fetal tenían dicho antecedente. Resultados casi similares halló Vázquez, N. ⁽¹¹⁾, en su estudio realizado en Ecuador donde el 13.6% de las pacientes con óbito fetal tenían antecedentes de dicha condición; de igual manera Molina, G., et al. ⁽¹⁾, encontró en sus estudio realizado en México que el 5.4% de las gestantes con óbito fetal tenían antecedentes de dicha condición. Se puede mencionar que para el presente estudio un pequeño porcentaje de las gestantes que tuvieron óbito fetal habían tenido dicha condición anteriormente.

Respecto a los controles prenatales de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 83.1% de las gestantes que tuvieron óbito fetal tuvieron menos de 6 controles. Resultados similares halló Jurado, D., et al. ⁽⁷⁾, en su estudio realizado en Colombia también hallaron que el 65.9% de las gestantes tenían control prenatal inadecuado; bajo la misma línea de investigación Fustamante., C. ⁽¹⁵⁾, encontró que el número de controles

prenatales promedio fue de 4.95, dando a conocer que las gestantes tenían un control prenatal inadecuado; así mismo Carreño C. ⁽⁸⁾, halló que el 70.6% de las gestantes colombianas que intervinieron en su estudio tenían controles prenatales inadecuados; bajo la misma línea de investigación Del Águila, N. ⁽¹⁴⁾, encontró que el 39.5% de las gestantes que intervinieron en su estudio realizado en Perú, no tenían atención prenatal. Para Moreno, N. ⁽¹⁶⁾, en su estudio donde el 20.2% de las gestantes tuvieron controles prenatales incompletas; de igual manera Leyva, L. ⁽¹³⁾, encontró que el 18% de las gestantes de Huancavelica no tuvieron atención prenatal; Resultados casi similares encontraron Molina, G., et al. ⁽¹⁾, donde el 10.7% de las gestantes que intervinieron en su estudio no tenían control prenatal. Se puede mencionar que para el presente estudio un poco menos de la mitad de las gestante que tuvieron óbito fetal no habían controlado su gestación.

Respecto a las pacientes con embarazo múltiple atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 1.7% de las paciantes con óbito fetal tenían un embarazo múltiple. Resultados similares encontró Carreño C. ⁽⁸⁾, en su tesis realizada en Cartagena donde el 1.2% de las gestantes tuvieron gestaciones múltiples; así mismo Molina, G., et al. ⁽¹⁾, en su estudio realizado en México halló que el 14.2% de las gestantes cursaban por embarazo múltiple. Se puede mencionar que para el presente estudio un pequeño porcentaje de las gestantes que tuvieron óbito fetal cursaban por un embarazo múltiple.

Respecto a la paridad de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 55.9% de las gestantes con óbito fetal tenia de 3 a más partos. Resultados semejantes encontró Del Águila, N., ⁽¹⁴⁾ en su estudio realizado en Iquitos donde el 54.3% de las gestantes con óbito fetal eran multíparas; así mismo Jurado, D., et al. ⁽⁷⁾, encontró en su estudio realizado en

gestantes mexicanas que el 88.6% de ellas eran multíparas. Resultados opuestos encontró Molina, G., et al. ⁽¹⁾, en su estudio realizado en México, donde el 33% de las gestantes con óbito fetal eran nulíparas. Se puede mencionar que para el presente estudio más de la mitad de las gestantes que tuvieron óbito fetal habían tenido partos anteriormente.

Respecto a la gravidez de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 81.4% de las pacientes con óbito fetal eran multigestas o gran. Resultados similares encontró Moreno, N. ⁽¹⁶⁾, donde el 70.2% de las gestantes con muerte fetal intrauterina eran multigestas; así mismo Carreño C. ⁽⁸⁾, halló que las gestantes colombianas con óbito fetal eran multigestas. Se puede mencionar que para el presente estudio la mayoría de las gestantes que tuvieron óbito fetal habían tenido embarazos anteriormente.

Respecto a la infección urinaria de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 30.5% de las gestantes con óbito fetal tuvieron infección urinaria. Resultados semejantes encontró Leyva, L. ⁽¹³⁾, en su tesis realizada en Huancavelica donde el 39% de las gestantes con muerte intrauterina fetal tuvieron infección de vías urinarias, Resultados no tan similares encontró Moreno, N. ⁽¹⁶⁾, donde solo el 3.2% de las gestantes con muerte fetal intrauterina presentaron infección del tracto urinario; así mismo Molina, G., et al. ⁽¹⁾, en su estudio de investigación demostraron que solo el 4.5% de las gestantes con óbito fetal tenían infección de vías urinarias. Se puede mencionar que para el presente estudio menos de la mitad de las gestantes que tuvieron óbito fetal habían tenido infección urinaria en su embarazo.

Respecto a la preeclampsia de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los

resultados obtenidos demostraron que el 40.7% de las gestantes con óbito fetal tuvieron preeclampsia. Resultados semejantes encontraron Molina, G., et al. ⁽¹⁾, donde el 47.3% de las gestantes con óbito fetal tenían preeclampsia severa. Resultados no tan similares halló Moreno, N. ⁽¹⁶⁾, donde solo el 7.4% de las gestantes con muerte fetal intrauterina tuvieron preeclampsia; de igual manera Carreño C. ⁽⁸⁾, encontró en su tesis realizada en Cartagena que el 4.7% de las gestantes tenían antecedentes de trastornos hipertensivos; así mismo Del Águila, N. ⁽¹⁴⁾, encontró que el 6% de las gestantes iquiteñas con óbito fetal tuvieron hipertensión inducida por el embarazo. Se puede mencionar que para el presente estudio un poco menos de la mitad de las gestantes que tuvieron óbito fetal habían tenido preeclampsia en su gestación.

Respecto a la diabetes mellitus de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que el 35.6% de las gestantes con óbito fetal tuvieron diabetes mellitus. Resultados no tan similares encontró Carreño C. ⁽⁸⁾, en su tesis realizada en Colombia donde el 0.8% de las gestantes con óbito fetal tenían diabetes gestacional. Se puede mencionar que para el presente estudio menos de la mitad de las gestantes con óbito fetal tuvieron diabetes mellitus en su gestación.

Respecto a los factores de riesgo de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, los resultados obtenidos demostraron que:

Los factores de riesgo sociodemográficos que tuvieron relación estadísticamente significativa fueron: edad ≥ 35 años ($p < 0.001$; OR=4.194, IC=1.883-9.341), ser soltera ($p=0.024$; OR=3.36, IC=1.124-10.044), tener nivel de instrucción primaria ($p=0.04$; OR=4.471, IC=0.907-22.03) y ser ama de casa ($p=0.002$; OR=3.36, IC=1.565-7.215). Resultados similares encontró Moreno, N. ⁽¹⁶⁾, en su estudio realizado en Lima, donde concluyó que la edad entre 36

a 45 años y el grado de instrucción primaria eran los factores de riesgo asociados con la muerte fetal intrauterina; así mismo, Leyva, L. ⁽¹³⁾, concluyó en su tesis que las gestantes huancavelicanas mayores de 30 años de edad, solteras, sin estudios tenían mayor riesgo de tener muerte fetal. Resultados opuestos halló Fustamante., C. ⁽¹⁵⁾, ya que concluyo que la edad materna promedio de 29.60 años, grado de instrucción superior y estar laborando fuera de casa fueron factores de riesgo para el óbito fetal. Pudiendo mencionar que para el presente estudio las gestantes ≥ 35 años de edad tuvieron 4.2 veces mayor riesgo de tener óbito fetal en comparación con las gestantes menores de 35 años; las gestantes solteras tuvieron 3.4 veces mayor riesgo de tener óbito fetal en comparación con las gestantes casadas o convivientes; las gestantes con nivel educativo primario tuvieron 4.5 veces mayor riesgo de tener óbito fetal en comparación con las gestantes con mayor nivel educativo; y las gestantes que son amas de casas tienen 3.4 veces mayor riesgo de tener óbito fetal en comparación con las gestantes que tienen una ocupación definida.

El factor de riesgo obstétrico que tuvo relación estadísticamente significativa fue: la control prenatal < 6 ($p=0.001$; $OR=3.861$, $IC=1.646-9.055$). Resultados casi similares halló Moreno N. ⁽¹⁶⁾, en su estudio realizado en Lima donde el control prenatal incompleto fue un factor de riesgo asociado a la muerte fetal intrauterina ($p=0.0052$; $OR=2.2691$); así mismo Leyva, L. ⁽¹³⁾, concluyo que la ausencia de control prenatal es un factor de riesgo para la muerte fetal; en la misma línea de investigación Carreño C. ⁽⁸⁾, hallo que los control prenatal inadecuados eran una factor de riesgo para óbito fetal ($p=0.000$); así mismo Fustamante., C. ⁽¹⁵⁾, halló que le control prenatal inadecuado fue un factor de riesgo relacionado con el óbito fetal ($p=<0.001$). Pudiendo mencionar que para el presente estudio las gestantes que no se controlan su embarazo tienen 3.9 veces mayor riesgo de tener óbito fetal en comparación con las gestantes que si controlan su embarazo.

Las comorbilidades obstétricas que tuvieron relación estadísticamente significativa fueron: la preeclampsia ($p < 0.001$; OR=5.094, IC=1.98-13.102) y la diabetes gestacional ($p = 0.005$; OR=3.523, IC=1.429-8.807). Resultados similares encontró Carreño C. ⁽⁸⁾, en su tesis realizada en Colombia donde el trastorno hipertensivo en el embarazo era un factor de riesgo para tener óbito fetal ($p = 0.000$). Pudiendo mencionar que para el presente estudio las gestantes que tienen preeclampsia tienen 5.1 veces mayor riesgo de tener óbito fetal en comparación con las gestantes que no tienen preeclampsia y las gestantes que tienen diabetes gestacional tienen 3.5 veces mayor riesgo de tener óbito fetal en comparación con las gestantes que no tienen diabetes gestacional.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La edad ≥ 35 años, control prenatal < 6 , preeclampsia y diabetes gestacional, son los factores de riesgo maternos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- Respecto a los factores de riesgo sociodemográficos, la edad ≥ 35 años es un factor de riesgo 4 veces mayor de para óbito fetal comparada con edades menores de 35 años en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- El control prenatal < 6 es 4 veces más riesgoso para óbito fetal que aquellos con control mayor o igual a 6 en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.
- Las principales comorbilidades maternas de riesgo para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales fueron la preeclampsia y la diabetes gestacional con 5 veces y 3.5 veces respectivamente de factor de riesgo comparado con aquellos que no presentan preeclampsia o diabetes gestacional.

5.2. Recomendaciones

- Identificar en la evaluación clínica de las pacientes los factores de riesgo principales de Edad ≥ 35 , CPN < 6 , preeclampsia y diabetes gestacional que puedan ocasionar óbito fetal.

- Ante la sospecha de algún factor de riesgo de óbito fetal, tomar las medidas que sean necesaria para evitar esta condición.
- Promover la realización de estudios de investigación multicentricos referentes a la formulación de proyectos de investigación evaluando cada factor identificado en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina S, Solano A, Gomez S, Rojas J, Acuña E. Caracterización de las muertes fetales y factores asociados en una institución latinoamericana de IV nivel de atención. *Ginecol Obstet Mex.* 2014; 82(1): p. 595-603.
2. Redondo K, Gómez J, Barrios L, Alvis L. Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria de atención materna de Cartagena, Colombia, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2016; 67(3): p. 187-196.
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Resumen de las enfermedades o eventos bajo vigilancia epidemiológica en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú.* SE 52 – 2017; 26(51): p. 1616-1617.
4. Red de Salud Tupac Amaru. Situación epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal Lima: Ministerio de Salud; 2017.
5. Avila J, Tavera M, Carrasco M. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012 Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; 2013.
6. Pons A, Sépulveda E, Leiva J, Reconret G, Germain A. Muerte Fetal. *REV. MED. CLIN. CONDES.* 2014; 25(6): p. 908-916.
7. Jurado D, Chaves M, Belalcazar A, Achicanoy D, Guerrero C, Quiñonez C, et al. Determinantes sociodemográficos y clínicos asociados a mortalidad fetal intrauterina en el municipio de Pasto, 2010-2012. *Rev Univ. salud.* 2017; 19(2): p. 207-2014.
8. Carreño C. Factores asociados con la aparición de óbito fetal en gestantes de la Clínica Maternidad Rafael Calvo en el período comprendido entre los años 2012 a 2014 Tesis de posgrado: Universidad de Cartagena; 2015.
9. Harmon Q, HL, Umbach D, Klungsøyr K, Engel S, Magnus P, et al. Risk of fetal with preeclampsia. *Obstetrics and gynecology.* 2015 Marzo; 125(3).

10. Stormdal Bring H, Hulthén Varli I, Kublickas M, Papadogiannakis N, Pettersson K. Causes of stillbirth at different gestational ages in singleton pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014; 93(1): p. 86-92.
11. Vasquez N. Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013 Tesis de grado: Universidad de Guayaquil; 2013.
12. Hutcheon J, Kuret V, Sabr Y, Lim K. Immortal Time Bias in the Study of Stillbirth Risk Factors. The Example of Gestational Diabetes. *Brief Report.* 2013 Noviembre; 24(6).
13. Leyva L. Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en la región Huancavelica año 2013. Tesis para optar el grado academico de Doctor. Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Peru; 2017.
14. Del Aguila N. Características en gestantes que presentaron muerte fetal intrauterina atendidas en el Hospital Regional de Loreto, año 2014 - 2015. (Tesis de titulacion). Univeridad científica del peru, Facultad de Ciencias de la Salud, Iquitos, Peru; 2016.
15. Fustamante C. Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque Tesis de grado: Universidad San Martin de Porres; 2016.
16. Moreno N. Factores que se asocian a la muerte fetal intrauterina presentados en el Hospital María Auxiliadora del cono sur de Lima - 2011. *Rev. Peru. Obstet. Enferm.* 2012; 8(2).
17. Da Silva F, Gonik B, McMillan M, Keech C, Dellicour S, Bhange S, et al. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine.* 2016; 34(49).
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. *Obstet Gynecol.* 2009; 113(3): p. 748-761.

19. CDC/National Center for Health Statistics. State Definitions and Reporting Requirements for Live Births, Fetal Deaths, and Induced Terminations of Pregnancy Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; 1997.
20. Centers for Disease Control and Prevention. cdc.gov. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrero 20. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/stillbirth/facts.html>].
21. World Health Organization. Making Every Baby Count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths Geneva,: WHO Document Production Services; 2016.
22. Neogi S, Negandhi P, Chopra S, Das A, Zodpey S, Gupta R, et al. Risk Factors for Stillbirth: Findings from a Population-Based Case-Control Study, Haryana, India. Paediatr Perinat Epidemiol. 2016; 30(1): p. 56-66.
23. de Bernis L, Kinney M, Stones W, Ten Hoop-Bender P, Vivio D, Leisher S, et al. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. Lancet. 2016; 387(10019): p. 703-716.
24. National Institutes of Health. NIH. [Online].; 2016 [cited 2018 Febrero 20. Available from: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/stillbirth/topicinfo/risk>].
25. Fretts R. Stillbirth epidemiology, risk factors, and opportunities for stillbirth prevention. Clin Obstet Gynecol. 2010; 53(3): p. 588-596.
26. Aminu M, Unkels R, Mdegela M, Utz B, Adaji S, van den Broek N. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2014; 121(4): p. 141-153.
27. McClure E, Pasha O, Goudar S, Chomba E, Garcés A, Tshetu A, et al. Epidemiología de la muerte fetal en países de bajos y medianos ingresos: un estudio de red global. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011; 90(12): p. 1379-1385.

28. Marrero M, Aguilera M, Avila I, Pastor M, Diaz H, Jaime A, et al. Factores de riesgos laborales y gestación. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2015; 16(1): p. 66-69.
29. Neogi S, Sharma J, Negandhi P, Chauhan M, Reddy S, Sethy G. Risk factors for stillbirths: how much can a responsive health system prevent? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1): p. 33.
30. Organización Mundial de la Salud. *IMPAC Integrated Management of Pregnancy and Childbirth WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health*. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2010.
31. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna NTS N°105- MINS/DGSP.V.01 Lima; 2014.
32. Heazell A, Thomas S. Prior stillbirth is a risk factor for stillbirth in a subsequent pregnancy. *Evid Based Med*. 2015; 20(6): p. 2018.
33. Pico J. Complicaciones obstétricas que se presentan en mujeres embarazadas atendidas en el servicio gineco-obstétrico del Hospital de Bosa II nivel durante el 01 de Enero del 2010 al 30 de Diciembre del 2011. Tesis doctoral. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Medicina; 2012.
34. Stephen A. In Koneman E. *Diagnostico microbiologico.*: Panamericana; 2008. p. 81.
35. Paucarima M. Incidencia de las infecciones de vías urinarias en embarazadas de 18 a 30 años. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Medicina; 2013.
36. Starikov R, Dudley D, Reddy U. Stillbirth in the pregnancy complicated by diabetes. *Curr Diab Rep*. 2015; 15(3): p. 11.
37. Hutcheon J, Kuret V, Joseph K, Sabr Y, Lim K. Immortal time bias in the study of stillbirth risk factors: the example of gestational diabetes. *Epidemiology*. 2013; 24(6): p. 787-790.

38. Sanchez S, Ware S, Larrabure G, Ingar H, Zhang C, Williams M. Factores de riesgo preeclampsia en mujeres. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 2001; 47(2).
39. Milos M, Strada B, Abaud A, Gonzalo M, Quaino F, Puig MMM. Analisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo. Revista de la Federacion de Cardiologia de Argentina. 2017 Octubre; 46(4).
40. Bastidas Z. Incidencia de preeclampsia en embarazadas del Hospital Jose Maria Velasco Ibarra de Teña, año 2015. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja, Enfermeria; 2016.
41. Insituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatologia Lima: INMP; 2014.
42. Organizacion Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Recomendacion. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2016.
43. Organizacion Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrero 21. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
44. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica. Definiciones censales basicas Lima: INEI; 2007.

ANEXOS

ANEXO N°1. Operacionalización de variables

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA ÓBITO FETAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2017.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO	
INDEPENDIENTE Factores maternos	Edad materna	Tiempo transcurrido entre el nacimiento de la paciente y el momento del estudio.	Edad en años clasificada en adolescente, adulta y añosa.	Cualitativa	Nominal	Menor de 20 años 20-34 años a más Mayor de 35 años	Ficha de recolección de datos
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Situación conyugal de las pacientes incluidas en el estudio.	Cualitativa	Nominal	. Casada . Soltera . Conviviente . Divorciada . Viuda	Ficha de recolección de datos
	Nivel de instrucción	Se refiere a los años de estudio que ha logrado aprobar una persona.	El grado más elevado de estudios realizados por las pacientes incluidas en el estudio.	Cualitativa	Ordinal	. Sin instrucción . Primaria . Secundaria . Técnico superior . Superior	Ficha de recolección de datos
	Ocupación	Se refiere a la actividad o trabajo por el cual se puede percibir o no una remuneración	Actividad o trabajo que desempeñan las pacientes incluidas en el estudio.	Cualitativa	Nominal	. Ama de casa . Trabajadora . Estudiante	Ficha de recolección de datos
	Antecedente de óbito fetal	Muerte fetal en un embarazo anterior.	Se refiere a la presencia de óbito fetal en una gestación previa.	Cualitativa	Nominal	. sí . no	Ficha de recolección de datos
	Control Prenatal	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las pacientes durante la gestación	Se refiere al número de control presentado por las pacientes de estudio.	Cualitativa	Ordinal	. ninguno . De 1 a 5 CPN . 6 o más CPN	Ficha de recolección de datos
	Embarazo múltiple	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.	Se refiere a la presencia de gestación múltiple en la cual se produce una muerte fetal.	Cualitativa	Nominal	. sí . no	Ficha de recolección de datos
	Gravidez	Hace referencia al periodo de gestación	Se refiere la clasificación de las pacientes según el número de gestaciones y partos previos.	Cualitativa	Nominal	. Nulipara . Primigesta . Segundigesta . Multigesta	Ficha de recolección de datos

						. Gran múltipara	
	Comorbilidad materna	Enfermedad o patológica que ocurre durante el proceso de gestación	Patología asociada a la gestación que genera complicaciones.	Cualitativa	Nominal	. infección del tracto urinario . Diabetes gestacional . Preeclampsia	Ficha de recolección de datos
DEPENDIENTE Óbito fetal		Se define como aquella que ocurre después de las 22 semanas de gestación o con un peso mayor de 500 gr.	Muerte del feto que se presenta a partir de la semana 22 de gestación en adelante con ausencia de trabajo de parto.	Cualitativa	Nominal	Si/ No	Ficha de recolección de datos

ANEXO N°2. Instrumentos

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA ÓBITO FETAL EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN
EL AÑO 2017**

N ° HISTORIA CLINICA:

Nª DE FICHA:

1. Diagnóstico de óbito fetal: Si () No ()

2. Factores sociodemográficos:

• **Edad materna:**

Menores de 20 años ()

De 20 – 34 años ()

Mayor o igual de 35 años ()

• **Estado civil:**

Casada () Soltera () Conviviente ()

Divorciada () Viuda ()

• **Nivel de Instrucción:**

Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()

Técnico superior () Superior ()

• **Ocupación:**

Ama de casa () Trabajadora () Estudiante ()

3. Factores obstétricos:

• **Antecedente de óbito fetal:** Sí () No ()

• **Control prenatal:**

Ninguno () De 1 a 5 () 6 o más ()

• **Embarazo múltiple:** Sí () No ()

• **Paridad/ Gravidez:**

Nulípara () Primípara () Multípara ()

Primigesta () Secundigesta () Multigesta ()

4. Comorbilidad materna:

Infección del tracto urinario ()

Diabetes gestacional ()

Preeclampsia ()

ANEXO N°3. Validez de instrumento – consulta de expertos

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTOS

“FACTORES DE RIESGO MATERNO PARA ÓBITO FETAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE HOSPITAL NACIONAL SERGIO. E. BERNALES EN EL AÑO 2017”

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del informante: *Msgr. R. Cancho, J. Milouska*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Med. Obst. y Ginec. Asistente del HNSEB*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Aliaga Cancho, Jessica Milouska.

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					/
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					
ACTUALIDAD	Está adecuada ala definición de la OMS.			/		
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				/	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				/	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de la					

	variable estudio.					/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					/
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo, transversal y observacional.					/

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Lima, 19 Enero de 2018

N
 GINECO-OBSTETRA
 RNE 11561

Firma del Experto Informante
 D.N.I Nº 07865988
 Teléfono 99490624

Informe de Opinión de Experto

1.1 Apellidos y Nombres del informante: Roy Martin Angulo Reyes

1.2 Cargo e institución donde labora: Docente - Médico Asistente

1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos

1.5 Autor (a) del instrumento: Aliaga Cancho, Jessica Milouska.

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					94
ACTUALIDAD	Está adecuada ala definición de la OMS.					94
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					94
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					94
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de la variable estudio.					96
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					96
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					96
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					96

	descriptivo, transversal y observacional.					
--	---	--	--	--	--	--

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Proyecto de Evidencia factible

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

94

Lugar y Fecha: Lima, 20 Enero de 2018

MINISTERIO DE SALUD
IGSS-DRE - SJM - VMT - TL
Dr. Roy Martín Augusto Rojas
M.P. 32882

Firma del Experto Informante
D.N.I. N° 06190053
Teléfono 923354110

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del informante: BAZAN RODRIGUEZ #151.....
- 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE UPSJB.....
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Aliaga Cancho, Jessica Miloska.

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está adecuada ala definición de la OMS.					88%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					88%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de la variable estudio.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					86%

	descriptivo, transversal y observacional.					82%
--	---	--	--	--	--	-----

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica.....
.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

86%

Lugar y Fecha: Lima, *20* Enero de 2018

Eli Noemí Bazán
 Lic. ELSI NOEMÍ BAZÁN RODRÍGUEZ
 COESPE 444
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante
 D.N.I. N° *19.209.883*
 Teléfono *972.414.873*

ANEXO N°4. Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA ÓBITO FETAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: El óbito fetal es una de las complicaciones más temidas del embarazo y a pesar del aumento de la atención y las inversiones realizadas en la salud materna, neonatal e infantil, continúa siendo invisible.</p> <p>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ¿Cuáles son los factores maternos de riesgo en pacientes con óbito fetal atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los factores de riesgo maternos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS a) Determinar los factores de riesgo sociodemográficos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017. b) Determinar los factores de riesgo obstétricos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017. c) Determinar la comorbilidad materna de riesgo para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existen factores de riesgo maternos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA a) Existen factores de riesgo sociodemográficos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017. b) Existen factores de riesgo obstétricos para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017. c) Existen comorbilidades maternas de riesgo para óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE Pacientes con óbito fetal</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE Factores maternos</p>

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>NIVEL Estudio de nivel correlacional, ya que su finalidad fue determinar la relación entre dos variables.</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Estudio observacional porque no se manipularán las variables sólo se obtendrá información para ser observada.</p> <p>ALCANCE Local ya que sólo se aplicó en el Hospital Sergio E. Bernales.</p> <p>DISEÑO METODOLÓGICO Estudio analítico, retrospectivo y transversal.</p>	<p>POBLACIÓN La población de estudio fueron pacientes que se atendieron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017.</p> <p>MUESTRA El tamaño de la muestra está constituida por 118 pacientes, distribuidos en dos grupos: el grupo caso fueron 59 pacientes con diagnóstico de óbito fetal y el grupo control 59 pacientes con recién nacidos vivos.</p>	<p>TÉCNICA Revisión de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de óbito fetal que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2017 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, completando la información obtenida en el instrumento de recolección de datos.</p> <p>INSTRUMENTO: Se elaboró una ficha de recolección de datos, validada por expertos.</p>

ANEXO N°5. Detalle de Operacionalización de variables

FACTORES DE RIESGO MATERNOS PARA ÓBITO FETAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2017

VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES MATERNOS					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Edad materna	1	Ordinal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Estado civil	1	Nominal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Nivel de instrucción	1	Ordinal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Ocupación	1	Nominal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Antecedente de óbito	1	Ordinal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Control prenatal	1	Ordinal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Embarazo múltiple	1	Nominal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Paridad	1	Ordinal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Gravidez	1	Ordinal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Preeclampsia	1	Nominal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Diabetes Gestacional	1	Nominal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
Infeción del tracto urinario	1	Nominal	-----	Ficha de recolección de datos	7.69 %
				TOTAL	92.28 %