

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD FETAL EN
EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
DE PUCALLPA 2013 - 2018”**

TESIS
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LA BACHILLER
KHARLEN KATHELEEN RODRIGUEZ VELA

PUCALLPA – PERÚ

2019

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI



DR. ARTURO RAFAEL HEREDIA



DR. RAUL CARRION VILLAZANA



DR. LUIS ENRIQUE CIUDAD FERNANDEZ



DRA. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA

ASESOR



BACH. KHARLEN KATHELEEN RODRIGUEZ VELA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Constancia

N° 100

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el PROYECTO DE INVESTIGACION titulado:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD FETAL EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA DEL 2013 – 2018"

Cuyo autor es:

Kharlen Katheleen, Rodríguez Vela

Asesora: **Dra. Arlen Rosario, Falcón Guerra**

Escuela: **Medicina**

Facultad: **Medicina Humana**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **03%**.

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: **SI** Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que **SI** se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

Fecha: 12/03/2019


Firma: **DRA. DINA PARTI QUISPE**
Diréc. Genl. Prod. Intel

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Kharlen Katherine Rodriguez Vela.
Autor de la TESIS titulada:
Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa 2013 - 2018
Sustentada el año: 2019
Con la asesoría de: Arlene Rosario Falcon Guerra
En la Facultad de: Medicina Humana
Escuela Profesional de: Medicina Humana.

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.


Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

- Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).
 Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 1 03 19

Email: rodriguez_vela12@hotmail.com Firma: 

Teléfono: 979318042 DNI: 7286 1201

PORTADA

1. DATOS GENERALES:

1.1 TITULO DE LA INVESTIGACION:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD FETAL EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2013 - 2018

1.2 AREA DE INVESTIGACION:

MORTALIDAD FETAL, HEMORRAGIA UTERINA, TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

1.3 AUTOR

RODRIGUEZ VELA KHARLEN KATHELEEN

1.4 ASESOR METODOLOGICO:

DRA. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA

1.5 INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

1.6 INSTITUCIONES QUE FINANCIAN

AUTOFINANCIAMIENTO

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado a todos aquellos que deseen informarse sobre el tema y sobre todo a aquellas mujeres que desean el bienestar de sus bebés y de ellas mismas. Teniendo como única finalidad mejorar la calidad de vida de ambos

AGRADECIMIENTO

Agradecer infinitamente a mi familia, por estar siempre conmigo en mis altos y bajos, por enseñarme a no rendirme, a seguir adelante.

Y a todas las personas que estuvieron en este largo camino muchas gracias por todo su apoyo

ÍNDICE

PORTADA.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCION.....	xii
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	2
1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA}.....	3
1.4 OBJETIVOS.....	4
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	6
2.1.1 INVESTIGACIONES EXTRANJERAS.....	6
2.1.2 INVESTIGACIONES NACIONALES	8
2.1.3 INVESTIGACIONES LOCALES:	10
2.2 BASES TEORICAS.....	10
2.2.1 MORTALIDAD FETAL.....	10
2.2.2 FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD FETAL SOCIALES Y DEMOGRAFICAS	11
2.3 HIPOTESIS.....	18
2.4 VARIABLES:.....	18
VARIABLE DEPENDIENTE	18
VARIABLE INDEPENDIENTE	18
CAPITULO III METOLOGIA	20
3.1 Ámbito de estudio.....	20
3.2 Tipo de investigación.....	20
3.3 Nivel de Investigación	20

3.4 Método de Investigación	20
3.5 Diseño de Investigación	20
3.6 Población, Muestra, Muestreo	20
3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	20
3.8 Procedimiento de Recolección de Datos	20
3.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....	21
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	22
4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS.....	22
2.2 Discusión:	55
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXOS.....	64
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	65
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA	71
ANEXO 3. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	74

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo de investigación sobre mortalidad fetal es uno de los tantos problemas de salud en nuestra región. Las diferentes características que se describe en el trabajo de los factores asociados a la mortalidad fetal se deben a problemas de economía, problemas de controles prenatales, desconocimiento del tema y del cuidado del embarazo en conjunto con los factores maternos que son la calidad de vida de la madre.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados de mortalidad fetal en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa 2013-2018

Materiales y método: Es una investigación de tipo cuantitativo descriptivo de los factores que se asocian a la mortalidad fetal. La muestra elegida es no probabilística por conveniencia se tomó toda la población las 179 gestantes que presentaron muerte fetal revisando y recogiendo los datos de la fuente primaria historias clínicas siendo este evento adverso el criterio de inclusión y exclusión en el periodo comprendido entre el 2013 al 2018 en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa

Resultados: Fue un 71,1% realiza controles prenatales menores a 6 establecido y el 28,9% realizo los controles, pero de forma incompleta es decir no fueron controles prenatales reenfocados. la edad de la mujer dentro de 31 – 38 años fue de mayor resultado con 29,05%. Y los factores obstétricos como paridad dentro de las múltiparas con 48,60% y el periodo intergenésico largo con 31,84% de los casos estudiados.

Conclusiones: se obtuvo que el principal factor fue un déficit de control prenatal, en conjunto con el grado de instrucción de la gestante, con los factores obstétricos de paridad y perdido intergenésico largo.

ABSTRACT

Introduction: This research work on fetal mortality is one of the many health problems in our region. The different characteristics that are described in the work of the factors associated with fetal mortality are due to problems of economy, problems of prenatal controls, ignorance of the subject and pregnancy care in conjunction with the maternal factors that are the quality of life of Mother.

Objective: To determine the factors associated to fetal mortality of the obstetric gynecology service in the Regional Hospital of Pucallpa 2013-2018

Materials and methods: This is a quantitative descriptive investigation of the factors that are associated with fetal mortality. The sample chosen is non-probabilistic for convenience the entire population was taken by the 179 pregnant women who presented fetal death, reviewing and collecting data from the primary source, clinical histories. This adverse event is the inclusion and exclusion criterion in the period from 2013 to 2018 in the Obstetrics and Gynecology Service of the Regional Hospital of Pucallpa

Results: 71.1% carried out prenatal controls under 6, and 28.9% performed the controls, but incompletely, that is, they were not refocused prenatal controls. the age of the woman within 31 - 38 years was of greater result with 29.05%. And the obstetric factors such as parity within the multiparous women with 48.60% and the long intergenetic period with 31.84% of the cases studied.

Conclusions: it was obtained that the main factor was a prenatal control deficit, in conjunction with the degree of instruction of the pregnant woman, with the obstetric factors of parity and long intergenetic loss.

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación sobre mortalidad fetal es uno de los tantos problemas de salud en nuestra región.

Si bien es cierto que no existe estudios sobre este tema, a pesar de los tantos casos presentados cada año y no estudiados en sí existe al menos el reporte de ellos.

La mortalidad fetal o muerte fetal que tiene por definición actualmente, deceso del producto de concepción a partir de las 22 semanas de gestación con un peso mayor a 500 gramos, en conjunto con la separación completa del cuerpo de la gestante.

Las diferentes características que se describe en el trabajo de los factores asociados a la mortalidad fetal se deben a problemas de economía, problemas de controles prenatales, desconocimiento del tema y del cuidado del embarazo en conjunto con los factores maternos que son la calidad de vida de la madre.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mortalidad fetal, muerte fetal o comúnmente llamado óbito fetal considerado como uno de los últimos problemas de salud y no menos importante dentro de la etapa reproductiva de la mujer.

Definida como la muerte después de las 22 semanas de gestación y/o que cuente con peso mayor a 500 gramos.

Es una de las situaciones más desconcertantes que pone en riesgo la salud física, psicológica y reproductiva de la mujer. Además de ser una noticia impactante e interesante pero poco difundida en nuestra sociedad (región), haciendo hincapié en el factor social de las gestantes que en muchas ocasiones no dan el debido interés frente a el estado de gravidez en la que se encuentran, poniendo en peligro la vida de ambos, generando un desconcierto en su entorno familiar.

Esta coyuntura crea además desconcierto para el cuerpo médico, por las causas multifactoriales (controles prenatales deficientes, enfermedades infecciosas, hemorragia en la gestación, trastorno hipertensivo, hábitos nocivos, entre otros) consecuentes para el deceso del feto.

El devenir del producto de concepción se torna inviable con sus características clínicas que orientan la conducta terapéutica a seguir priorizando la vida de la madre.

Estas consideraciones desde la etiología permiten constantemente la preocupación para definir los factores asociados a mortalidad fetal bajo la interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a mortalidad fetal del servicio de gineco obstetricia en el Hospital Regional de Pucallpa 2013-2018?

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

Problema principal

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa 2013-2018?

Problemas secundarios

¿Cuáles son los factores de riesgos sociales de la gestante (edad, estado civil, grado de instrucción, hábitos nocivos) en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?

¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico para mortalidad fetal (Número control prenatal) de las gestantes en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?

¿Cuáles son los factores de riesgo para mortalidad fetal de las gestantes con hemorragia en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?

¿Cuáles son los factores de riesgo para mortalidad fetal en gestantes con trastorno hipertensivo en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?

¿Cuáles son los factores de riesgo en gestantes para mortalidad fetal en infección en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?

¿Cuáles son los factores de riesgo para mortalidad fetal en los antecedentes ginecológicos y obstétricos (mala historia) en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?

1.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA}

En nuestra región se concientiza al todo el personal del servicio de Ginecología y Obstetricia a tener conductas y prácticas acerca de las características epidemiológicas y clínicas que se constituyen en factores que condicionan la muerte fetal. La prevención secundaria es necesaria para delimitar el daño, diagnosticar en forma precoz y prevenir dicho evento.

Se ha evidenciado constantemente que no existe un control estricto de vigilancia frente a la calidad de atención con respecto al control prenatal de las gestantes en especial en las zonas rurales lo que condiciona a presentar mayor factor de riesgo debido a que no se diagnostica oportunamente y las referencias a establecimientos de salud de mayor resolución son tardíamente afectando significativamente la viabilidad fetal.

La ejecución del presente estudio investigativo permitirá identificar los principales factores de riesgo para mortalidad fetal en la población regional de esta manera contribuirá al mejor conocimiento que orientará a una mejora del diagnóstico y la referencia oportuna, así como la conducta terapéutica que disminuya el comportamiento de estos factores de riesgo. De tal manera coadyuvará a la gestión de los servicios ginecológicos y obstétricos para el diseño de estrategias y medidas de intervención para la reducción de mortalidad fetal

1.4 OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa 2013-2018

b. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar los factores de riesgo sociales de la gestante (edad, estado civil, grado de instrucción, hábitos nocivos) en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.

Identificar los factores de riesgo obstétrico para mortalidad fetal (Número control prenatal) de las gestantes en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.

Detallar los factores de riesgo para mortalidad fetal de las gestantes con hemorragia en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.

Identificar los factores de riesgo para mortalidad fetal en gestantes con trastorno hipertensivo en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.

Determinar los factores de riesgo en gestantes para mortalidad fetal en infección y sepsis en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.

Identificar los factores de riesgo para mortalidad fetal en los antecedentes ginecológicos y obstétricos (mala historia) en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1 INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

En **México, ciudad de Guadalajara** se llevó a cabo un trabajo sobre identificar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y perinatales que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en embarazos mayores de 27 semanas. De manera que los factores de riesgo estudiados se asociaron con edad mayor de 35 años, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención prenatal baja, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones congénitas mayores del recién nacido. No se asoció con muerte fetal, el estado civil soltero, ser primigesta, tabaquismo, sexo masculino del feto, circular simple al cuello y macrosomía fetal. Teniendo con propósito final de los factores de riesgo asociados con muerte fetal, resalta la atención prenatal deficiente de ser mejorada se disminuiría gran número de muertes fetales. (1)

En México en el Hospital General de Ecatepec en el 2014 se efectivizó un estudio de muerte fetal como posibles causas problemas de carácter infeccioso, patologías maternas y retardo del crecimiento intrauterino. De esta manera el objetivo era informar sobre la prevalencia de muerte fetal tardía en el mismo Hospital utilizando un análisis retrospectivo en donde las variables de estudio fueron peso, edad gestacional y sexo. Teniendo como resultados, el 2009 se registraron 5,461 nacimientos, con una tasa de muerte de 31.8 por mil nacidos. El 2010 hubo 8,083 nacimientos con una mortalidad de 79 por mil nacidos. El 2008 encontramos 30 muertes neonatales tempranas, 11 después de nacimiento, 99 muertes tardías antes de nacer y 8 después de nacimiento. (2)

Cuba – Cienfuegos 2016. Se presentó un artículo donde tuvo como objetivo determinar los factores asociados a muerte fetal tardía en la provincia Cienfuegos del 2006 al 2013, tuvo estudio retrospectivo de 221 casos con variables: momento y lugar de la muerte, causa, edad de la madre, peso de la misma, edad gestacional y otras patologías placentarias. obteniendo resultados donde la causa fue incierta seguidas por trastorno hipertensivo y crecimiento intrauterino retardado, antecedente de diabetes, alteraciones placentarias. Finalizando en que la mortalidad fetal en la provincia era demasiado elevada. (3).

Ibarra-Ecuador 2016. Hospital San Luis de Otavalo. Se ejecutó sobre los factores que inciden al óbito fetal. Utilizo el diseño cualitativo no experimental de tipo descriptiva de corte transversal. Las variables tomadas en cuenta fueron la edad de la madre, procedencia, nivel de instrucción, ocupación. Concluyendo: que las características sociodemográficas encontradas son múltiples en este la edad el grupo de adolescentes se identificó como factor de riesgo con un 28%, de etnia indígena en el 58%, casadas son el 47%, de instrucción primaria en un 48% del total de la población. (04)

Chile. Se investigo sobre los factores etiopatogénicos, maternos, fetales y placentarios, asociados a la muerte fetal intrauterina (MFIU). Con método de estudio descriptivo retrospectivo. Análisis de todos los casos de muerte fetal tardía en gestaciones únicas acontecidas en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (2005- 2010). *obteniendo* 56 casos de muerte fetal tardía. De las gestantes estudiadas, 4 eran menores de 17 años y 19 mayores de 35 años, un 21,4% fumaban, el 60% tenía un IMC ≥ 25 kg/m² y el 18% no controlaron el embarazo. La patología materna predominante fue la tiroidea, mientras que las patologías gestacionales principales fueron diabetes gestacional, preeclampsia y amenaza de parto prematuro. El principal motivo de consulta fue la disminución de movimientos fetales. Se determinó que la causa de MFIU es difícil y en algunos casos desconocido. La implantación de un protocolo permitió un mayor acercamiento a la causa de la muerte fetal y mejor manejo posterior. (5)

2.1.2 INVESTIGACIONES NACIONALES

En el departamento de Lambayeque en dos hospitales referenciales en el año 2016 se realizó la investigación sobre muertes fetales con objetivo a determinar los factores de riesgo, con estudio analítico de casos y controles. Utilizando como base de datos a las historias clínicas y cuaderno obstétrico. Seleccionó 59 casos mediante criterios de inclusión y exclusión. Se estudio variables sociodemográficas donde la edad promedio de las mujeres eran 29 años. correspondiente a las variables ginecológicas, la presencia de infecciones durante la gestación represento un 20,34 % (p: 0,894) en el grupo de estudio, mientras que en el grupo control fue de un 19,49 % (p: 0,894). El trastorno hipertensivo represento un 5,08% (p: 0,687) en las gestantes del grupo de casos, y un 3,39% (p: 0,687) en el grupo control. (6).

Lima en el 2017 en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se ejecutó un estudio con objetivo identificar los factores maternos asociados a muerte fetal tardía con estudio no experimental de tipo observacional, analítico, casos y controles, retrospectivo, transversal. Obteniendo resultados de 6,9 por mil nacidos durante el año 2017. Las categorías que no mostraron asociación estadísticamente significativa fueron: Edad menor de 20 años [OR: 0,48 (0,12 - 1,97)], desnutrición u obesidad [OR: 2,88 (0,84 - 9,83)], antecedente de abortos [OR: 0,48 (0,14 - 1,68)]. La única categoría altamente significativa correspondió a control prenatal inadecuado (menos de 6) [OR: 4,33 (1,47 - 12,76)]. Concluyendo en inadecuado control prenatal de la gestante, menos de 6 controles prenatales, tiene una alta asociación con la presencia de muerte fetal tardía (7)

Ancash 2017, en el Hospital Regional de Ancash se efectuó la investigación de óbito fetal en un caso clínico del mismo año teniendo como estudio a segundigesta de 29 años con 35 semanas de gestación procedente de Pomabamba refiriendo ausencia de movimiento fetales desde hace 31 horas al ingreso a emergencias gineco obstétricas. (8)

En la ciudad de Trujillo se hizo la presente investigación a determinar si la ausencia de control prenatal conlleva a muerte fetal. Tipo de estudio es analítico de cohorte retrospectivo con el apoyo de historias clínicas perinatales de las gestantes del hospital. Obteniendo como resultados que el 21,8% de gestantes con ausencia de control prenatal tuvieron muerte fetal tardía frente a las que tuvieron al menos algún control prenatal en un 7,3%. Siendo así 3 veces mayor el riesgo de terminar muerte feta. (9)

En Huancavelica 2017. Se ejecutó una tesis sobre determinar los factores de riesgo asociados a la mortalidad fetal en la región Huancavelica en el periodo 2013. De tipo observacional, retrospectiva con método epidemiológico de casos y controles. Adjuntado 74 casos registrados en el año 2013; los resultados fueron: edad fetal menor a 37 semanas (OR=35,2), malformación congénita (OR=632), sufrimiento fetal (OR=1753). Los factores socioeconómicos asociados con OR ajustadas fueron: domicilio como lugar de emergencia (OR=39,08), madre sin estudios (OR=6,14) madre sin atención prenatal (OR=8,00). Finalizando con los factores de riesgo socioeconómicos; domicilio como lugar de emergencia, madre sin estudios, madre sin atención prenatal; se asociaron significativamente a muerte fetal. (10)

Puno – Otuzo se concretó el estudio a determinar los factores obstétricos que se asocian con la muerte fetal tardía, en gestantes que asisten al Hospital de Apoyo Otuzco, en el periodo del 2006 al 2015. Fue un estudio de casos y controles, con una muestra de 85 casos, y 170 controles. Los resultados finalizaron con frecuencia de multiparidad en los casos de muerte fetal tardía fue 34.1%, y en los controles alcanzó el 15.9%, sin diferencias estadísticas. La frecuencia de mujeres con edad materna avanzada en los casos de muerte fetal tardía fue 31.8%, y en las mujeres que no presentaron muerte fetal tardía alcanzó el 27.1%. El porcentaje de mujeres que incumplieron con sus controles prenatales en los casos de muerte fetal tardía fue 68.2%, y en las mujeres que no tuvieron muerte fetal tardía, alcanzó el 31.2%, ($p=0.000$), encontrándose un OR= 4.74 con IC 95% de 2.71 a 8.30.

Finalmente, la frecuencia de mujeres con enfermedad hipertensiva del embarazo en los casos de muerte fetal tardía fue 11.8%, y en los que no llegó al 10.0%. determinado que existe asociación entre el incumplimiento de la atención del control prenatal y la muerte fetal tardía. (11)

En Loreto. En el Hospital de Loreto de enero del 2012 al 2014 se realizó una investigación sobre características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina donde determino que la mayor cantidad de muertes fetales fueron tardías, siendo de mayor frecuencia las gestantes de 18 a 35 años. Y que el consumo de sustancias nocivas no se evidenció más con embarazo no controlado adecuadamente, los cuales deberían ser diagnosticados y oportunamente tratados con un adecuado control prenatal. (12).

2.1.3 INVESTIGACIONES LOCALES:

Hasta el momento de realizar la formulación de este trabajo de investigación no se ha encontrado estudios respecto a muerte fetal sin embargo si han sido investigados los factores maternos que condicionan a muerte fetal, como son la hemorragia, trastornos hipertensivos del embarazo e infección y sepsis. El presente proyecto de investigación es el primero en la búsqueda de evidencias para poder inferir estadísticamente cuales son los factores de que se asocian a mortalidad fetal del servicio de gineco obstetricia en el Hospital regional de Pucallpa.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 MORTALIDAD FETAL

2.2.1.2 DEFINICIÓN

Según la definición de la Organización Mundial de Salud es la muerte del feto antes de la extracción completa de la gestante teniendo en cuenta la ausencia de movimientos fetales y el examen físico a la madre y el mismo.

Comenzando desde la semana 22 de gestación y con el peso mayor a 500 gramos. (13)

2.2.1.3 CLASIFICACIÓN

De acuerdo con las semanas de gestación.

De 22 a 28 semanas de gestación es muerte fetal temprana.

De 28 semanas en adelante es considerada tardía.

De acuerdo con tiempo de mortinato es:

Ante parto: muerte antes de las 12 horas del inicio de trabajo de parto.

Intraparto: mortinato reciente ocurre después de las 12 horas del trabajo de parto.

2.2.2 FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD FETAL SOCIALES Y DEMOGRAFICAS

- **Edad reproductiva de la mujer**

Edad que comprende desde los 14 años hasta los 45 años.

- **Ocupación**

Es el servicio que desempeña la gestante hasta el momento de trabajo de parto.

- **Procedencia**

Es la zona de donde proviene la gestante, ya sea rural, urbana o de un grupo étnico.

- **Grado de instrucción**

Es la categoría de formación de la gestante mas elevado en sus estudios efectivizados durante su vida sin importar si ha culminado o no. (14)

- **Estado civil**

Es la categorización de la gestante dentro de la sociedad si es soltera, casada, divorciada, conviviente y casada.

- **Hábitos nocivos**

Aquellas costumbres constantes que dañan la salud de la persona a mediana, corto o largo plazo en este caso en la gestante provocando mortalidad fetal. (15)

- **Violencia familiar**

Es el acto que se efectúa con tal brusquedad hacia un miembro de la familia o hacia uno mismo, de forma psicológica, física o sexual. (16)

FACTORES OBSTETRICOS

- **Controles prenatales.**

Se define como la interacción entre el médico y la gestante, en las visitas o entrevistas planificadas para la evaluación de la misma y llevar un control organizado del embarazo y evitar las complicaciones para el feto como, muerte del mismo y para la madre. Se lleva a cabo de acuerdo al intervalo de menores a 6 controles deficientes y mayores de 6 adecuado.

Control prenatal reenforcado

En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenforcada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad. La atención constara de un médico obstetras, en todo caso sino el médico cirujano u obstetra, abarcara las atenciones odontológicas en 2 oportunidades de la gestación, control de Papanicolau, vacunaciones previas (rubeola, ante tánica, fiebre amarilla y demás pruebas de rutina). Para optimizar un buen control de la gestación.

- **Paridad.**

El número de embarazos que tuvo una mujer incluyendo abortos. (19)

- **Periodo intergenésico**

Es el intervalo de tiempo entre el término de un embarazo y el inicio otro. Teniendo en cuenta los valores determinados. Periodo intergenésico corto menor a 2 años o 24 meses y largo mayor a 5 años o 60 meses. Siendo el adecuado entre 2 años

hasta 3 0 4 años. Cuando este es mayor a lo establecido o menor produce daños colaterales al producto de concepción y la madre en cuestión.

El desbalance de los periodos determina la muerte del feto y problemas además perinatales. (17)

- **Aborto**

La **OMS** define el aborto como la *Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable* fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación. ... *“El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”...*(18)

FACTORES MATERNOS

- **OBESIDAD Y DESNUTRICIÓN EN LA GESTANTE:**

La nutrición en las gestantes es un tema muy relevante puesto que la mujer pasa por diferentes cambios durante este proceso, desde adaptarse en el primer trimestre con los cambios hormonales entre ellos náuseas, vómitos pérdida de peso hasta el último trimestre con el aumento de peso debido al desarrollo del bebe in útero.

El embarazo es un estado de modificaciones fisiológicas causadas por la gestación y la lactancia y por el intenso crecimiento y desarrollo del feto. La ganancia de peso total actualmente recomendada durante el embarazo y de acuerdo al IMC antes del embarazo, se muestra en la tabla 1; se sugiere que sea 11 a 19 kg en el embarazo gemelar (20).

Tabla 1. Nuevas recomendaciones sobre la ganancia de peso total y promedio durante la gestación, según el IMC antes del embarazo (Modificado de²⁵).

IMC pre-gestación	Ganancia total de peso	
	Promedio en kg	Promedios de ganancia de peso* 2° y 3° trimestre
Peso bajo (< 18,5 kg/m ²)	12,5 a 18	0,51 (0,44 a 0,58)
Peso normal (18,5 a 24,9 kg/m ²)	11,5 a 16	0,42 (0,35 a 0,50)
Sobrepeso (25,0 a 29,9 kg/m ²)	7 a 11,5	0,28 (0,23 a 0,33)
Obesa (≥ 30,0 kg/m ²)	5 a 9	0,22 (0,17 a 0,27)

*Estos cálculos asumen una ganancia de peso de 0,5 a 2 kg en el primer trimestre (basado en Singh-Ria y col., 1994; Abrams y col., 1995; Carnichael y col., 1997).

El peso al iniciar la gestación debe ser el óptimo para no terminar en obesidad o desnutrición de acuerdo con los estándares establecidos según la Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE MASA CORPORAL	CLASIFICACIÓN
<16.00	Infrapeso: Delgadez Severa
16.00 - 16.99	Infrapeso: Delgadez moderada
17.00 - 18.49	Infrapeso: Delgadez aceptable
18.50 - 24.99	Peso Normal
25.00 - 29.99	Sobrepeso
30.00 - 34.99	Obeso: Tipo I
35.00 - 40.00	Obeso: Tipo II
>40.00	Obeso: Tipo III

Fuente: OMS.

De tal forma que la obesidad repercute en la sociedad y la gestante ocasionando grandes problemas de riesgo obstétricos aumentando riesgo de padecer otras patologías como diabetes gestacional, preeclampsia, malformaciones genéticas, macrosomía fetal, bajo peso para la edad gestacional y hasta la muerte fetal por el desequilibrio en la ganancia de peso materna. (21).

DESNUTRICION

Se define como las carencias de nutrientes necesarios que necesita la mujer en la etapa mas importante de su vida el de dar vida a otro ser vivo. Con lo cual lleva a retraso del crecimiento del feto.

- ANEMIA EN LA GESTANTE

La anemia es una alteración en la sangre, caracterizada por la disminución de la concentración de la Hb, el hematocrito o el número total de eritrocitos. Considerada de tal forma menor a 11mg/dl en anemia encima por este es normal. (22)

Con la clasificación

Severa < 7.0

Moderada 7.0 – 9.9

Leve 10.0 - 10.9

Normal ≥ 11

Síntomas:

Perdida abundante de cabello

Uñas frágiles

Hiporexia

Cefalea

- **HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO**

Se clasifica en 2 grupos de las cuales de acuerdo a la edad gestacional de la investigación del trabajo se utilizara la segunda mitad del embarazo es decir desde la semana 22 de gestación.

II mitad del embarazo.

sangrado después de las 22 semanas de gestación. Las causas más frecuentes son placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, menos frecuentes son rotura uterina Y vasa previa. (23)

Desprendimiento de placenta normo inserta

Separación de la placenta de su sitio de implantación antes del trabajo de parto. la hemorragia propia del desprendimiento prematuro de placenta se filtra entre las membranas y el útero, y luego escapa por el cuello uterino y causa hemorragia externa con menor frecuencia puede finalizar en una hemorragia oculta conllevando a una muerte fetal y materna. Y aun siguen siendo parte de las causas de mortalidad fetal no en gran cantidad pero si presentes. (34)

Placenta previa

Tiende a afectar a 1 de cada 200 embarazos, actualmente tiene por definición termino parcial y marginal. Las placentas superpuestas al orificio endocervical son denotadas placenta previa y aquellas cercanas son de inserción baja. (25)

Rotura uterina

La rotura uterina corresponde a la perdida de continuidad de la pare uterina y de la serosa subyacente. Teniendo en cuenta factores como cicatriz previa de una cesárea, macrosomía fetal, desproporción feto pélvica y anomalías uterinas. (26)

Vasa previa

Es una afección de los vasos fetales que se asocia a una muerte fetal por atravesar las membranas amnióticas. Pues causa disminución de aporte de oxígeno al romperse las membranas. (26)

- TRASTORNO HIPERTENSIVO EN LA GESTACION

Son los trastornos presentes durante la gestación de manera frecuente que afectan el desarrollo normal, adecuado del feto y gestante.

Clasificación

1. Hipertensión arterial crónica:

Se diagnosticada antes del embarazo y durante las primeras 20 semanas de la gestación. Aun evaluada hasta las 12 semanas post parto. (27)

2. Preeclampsia – eclampsia:

Hipertensión arterial después de las 20 semanas de gestación con proteinuria. 300 mg de proteína mayor en 24 horas con 30mg / dL de muestra. A la vez se clasifica en preeclampsia leve, severa, grave y eclampsia.(27)

3. **HTA Gestacional:**

Posterior a las 20 semanas de embarazo con gestante y presión arterial normal, sin presencia de proteinuria positiva. (27)

4. **Preeclampsia sobreimpuesta a la HTA crónica:**

Gestante que sufre de HTA crónica pero luego de las 20 semanas de gestación se diagnostica proteinuria positiva. Si presentan proteinuria previa o consultan tardíamente la presencia de un aumento brusco de los valores de PA o de pródromos de la eclampsia puede ser útil para su diagnóstico (27)

- **INFECCIONES DURANTE LA GESTACIÓN**

Las infecciones durante el embarazo son tan repercutidas que las clasificamos en genitales y urinarias.

Las infecciones urinarias según la OMS la infección urinaria en el embarazo es un proceso infeccioso que resulta de la invasión y desarrollo de bacterias en el tracto urinario que pueden traer consigo repercusiones maternas y fetales. (28)

DEFINICIÓN DE TERMINOS BASICOS

Factor de riesgo:

Es aquel evento adverso que ponga en peligro la vida del paciente en este caso gestante y feto.

Trabajo de parto eutócico

Es aquel trabajo de parto realizado de manera fisiológica, donde interactúan partes óseas y blandas de la cadera de forma natural. (29)

Trabajo de parto distócico

Tiene por definición parto no fisiológico, donde se usa instrumentos quirúrgicos para terminar a la gestación por la vía abdominal. (30)

Índice de masa corporal

Es la división entre el peso de la madre y dos veces la talla. Que clasifica el estado basal de una persona con respecto a su peso.

2.3 HIPOTESIS

El trabajo de investigación no cuenta con hipótesis por ser de carácter descriptivo.

2.4 VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Mortalidad fetal: mortinato o cese de la vida fetal posterior a las 22 semanas con un peso mayor a 500 gramos.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Los factores sociales y demográficos

- Edad reproductiva de la mujer
- Procedencia
- Grado de instrucción
- Violencia
- Habitos nocivos
- Ocupación
- Estado civil

Los factores maternos

- Controles prenatales
- Paridad
- Periodo intergenérico
- Abortos

Los factores obstétricos.

- Obesidad en la gestante

- Hemorragias obstétricas
- Trastornos hipertensivos
- Infecciones

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 Ámbito de estudio

Se ejecutó en el Hospital Regional de Pucallpa (HRP), con dirección Jr. Agustín Cáuper n° 258 en las instalaciones servicio de Gineco Obstetricia.

3.2 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es descriptivo, ya que busca describir los factores de riesgo relacionados a la muerte fetal.

Retrospectivo porque se han investigado las historias clínicas de las gestantes del Hospital en mención durante el periodo de tiempo establecido 2013-2018

3.3 Nivel de Investigación

Descriptivo

3.4 Método de Investigación

Es de tipo descriptiva ya que llega sus causas del porque se realiza la investigación

3.5 Diseño de Investigación

Transversal

3.6 Población, Muestra, Muestreo

La población fueron todas las gestantes que presentaron mortalidad fetal y que comúnmente se conoce como óbito fetal, en el servicio de gineco obstetricia del Hospital del 2013 - 2018.

Se realizó un muestro por conveniencia siendo la muestra la misma ya que será una población de casos presentados en todo este periodo.

3.7 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

Para la recolección de datos se elaboró una ficha de recolección de datos que estuviera acorde con los objetivos y variables planteadas en utilizando las historias clínicas que presentaron mortalidad fetal.

3.8 Procedimiento de Recolección de Datos

Se inició con la solicitud de autorización al director del hospital para el acceso a los datos estadísticos.

Se tomaron los datos de las historias clínicas del Servicio de Ginecología y obstetricia, de donde se extraerá los datos establecidos de acuerdo con la ficha de recolección de los mismo, para luego graficarlos en un programa del software especializado IBM SPSS Statistics 22 para el análisis y logro de los resultados, y proceder a la inferencia estadística con la elaboración de las conclusiones, discusión y posteriores recomendaciones respecto al problema planteado en el trabajo de investigación.

3.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Se utilizo el programa IBM SPSS Statistics 22 para la tabulación de la base de datos. Se utilizo el análisis descriptivo obteniéndose los valores para las variables mediante frecuencias y porcentajes que se han operacionalizado como los factores de riesgo.

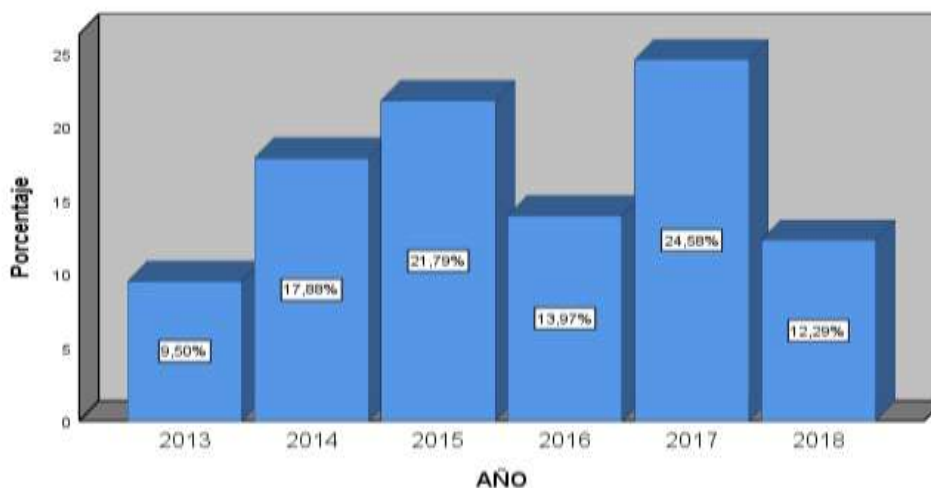
CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA 01 MUERTES FETALES POR AÑO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2013	17	9,5	9,5	9,5
2014	32	17,9	17,9	27,4
2015	39	21,8	21,8	49,2
2016	25	14,0	14,0	63,1
2017	44	24,6	24,6	87,7
2018	22	12,3	12,3	100,0
Total	179	100,0	100,0	



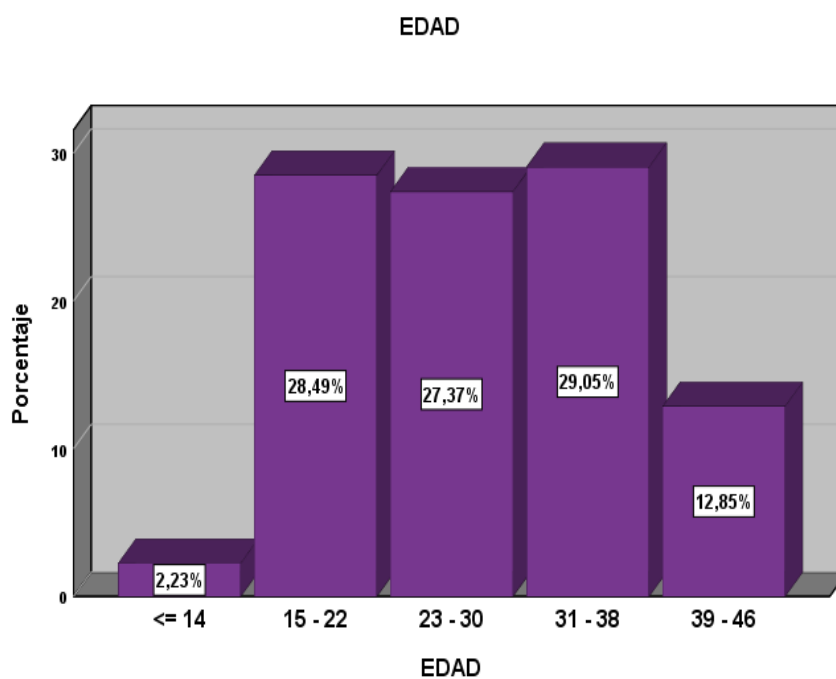
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 01

Denota el total de muertes fetales presentadas en cada año estudiado siendo de mayor porcentaje en el 2017 con 24,58%, en segundo lugar, esta el 2015 con 17,88%, seguido de 17, 88% en el 2013, en el 2018 es 12,29% y el 2013 es de menor porcentaje con 9,50%

TABLA 02: RANGO DE EDAD FÉRTIL DE LA MUJER

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 14	4	2,2	2,2	2,2
15 - 22	51	28,5	28,5	30,7
23 - 30	49	27,4	27,4	58,1
31 - 38	52	29,1	29,1	87,2
39 - 46	23	12,8	12,8	100,0
Total	179	100,0	100,0	

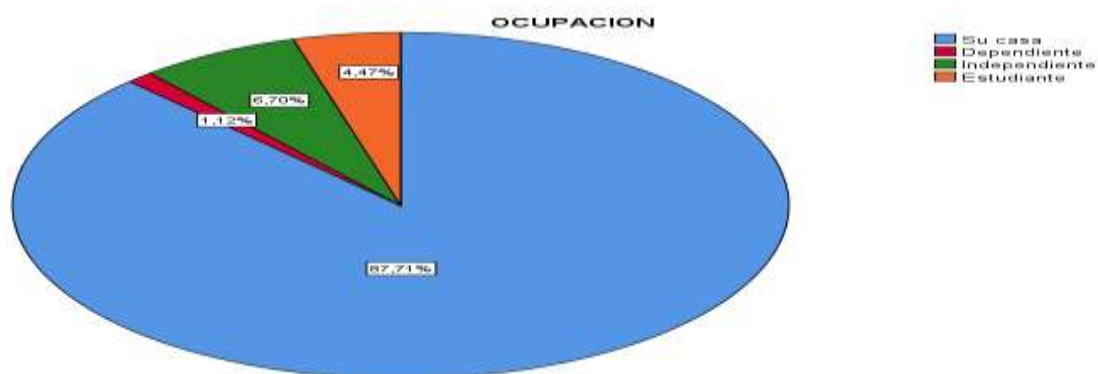


Fuente: Ficha de recolección de datos
 Grafico 02

En el gráfico de barras se observa que la escala de edades con mayor repercusión son las de intervalo 31- 38 años en un 29,05%, de menores de 14 años, en 2,23%, 51 casos de 15 a 22 años, con 27,37 % de 23 a 30 años y de 39 a 46 años es 12. 85%.

TABLA 03 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES DURANTE EL 2013 - 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Su casa	157	87,7	87,7	87,7
Dependiente	2	1,1	1,1	88,8
Independiente	12	6,7	6,7	95,5
Estudiante	8	4,5	4,5	100,0
Total	179	100,0	100,0	



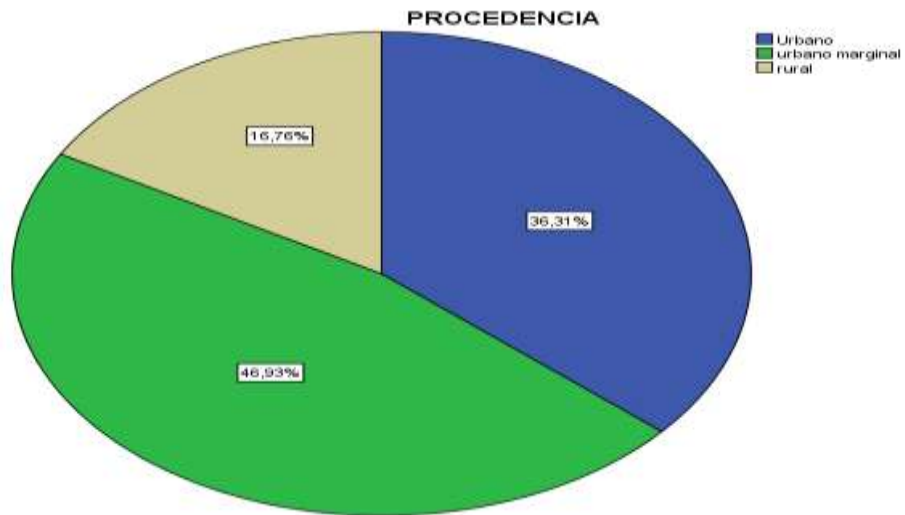
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 03

El diagrama de pastel evidencia las ocupaciones de las gestantes con mayor valor las que se ocupan a su casa en 87,71%, independiente en 6,70%, dependiente 4,47% y en 1,12% la categoría de estudiante.

TABLA 04. PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES DURANTE EL 2013 - 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Urbano	65	36,3	36,3	36,3
urbano marginal	84	46,9	46,9	83,2
rural	30	16,8	16,8	100,0
Total	179	100,0	100,0	



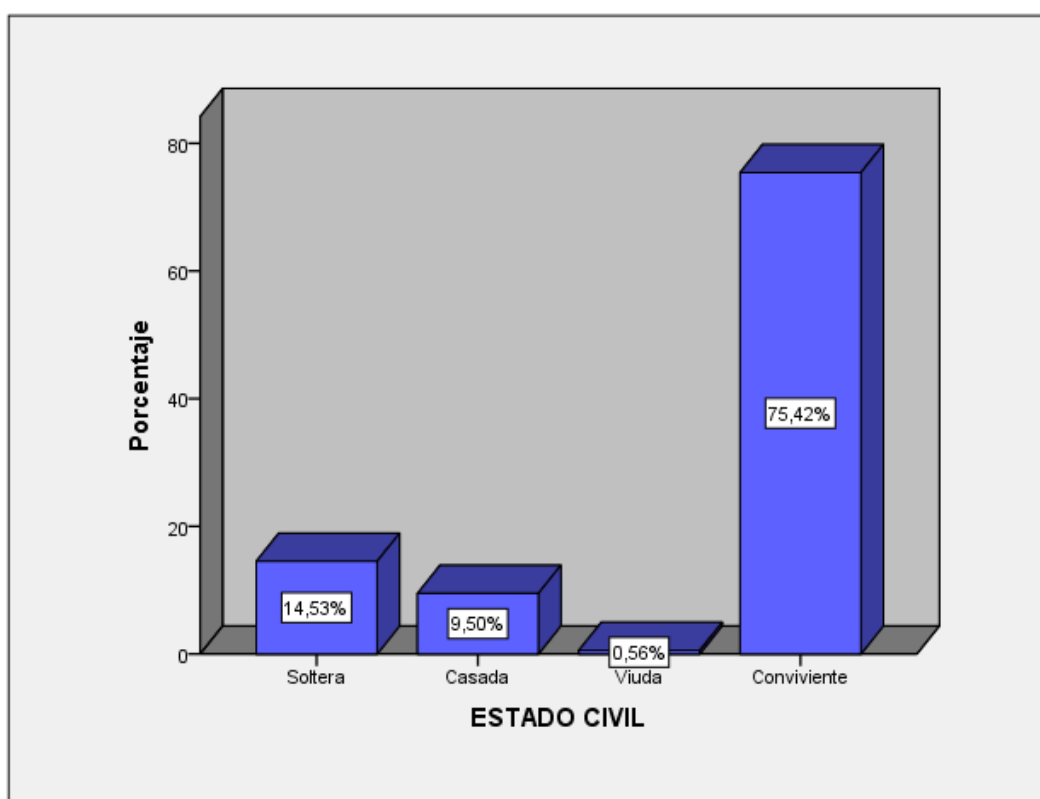
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 04

Dividido en 3 categorías urbano con 36,31%, urbano marginal con 46,93% y la zona rural con 16,76%.

TABLA 05 ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES DURANTE 2013 - 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	26	14,5	14,5	14,5
Casada	17	9,5	9,5	24,0
Viuda	1	,6	,6	24,6
Conviviente	135	75,4	75,4	100,0
Total	179	100,0	100,0	



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 05

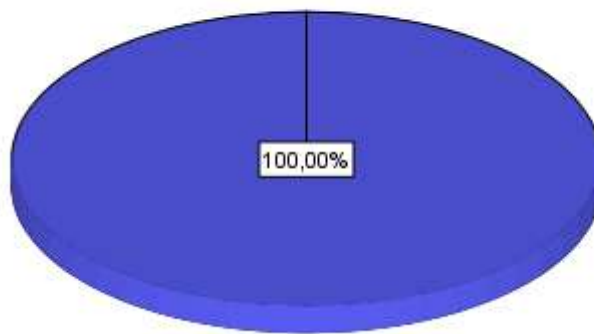
La mayor tasa de porcentaje es la clasificación de conviviente con 75,42%, 14,53 % de soltera con 26 gestantes, 9,50% en casada y menor población con 0,56% de viuda.

TABLA 06 HABITOS NOCIVOS DE LAS GESTANTES 2013 - 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	179	100,0	100,0	100,0

HABITOS NOCIVOS

■ No
■ Si



Fuente: Ficha de recolección de datos

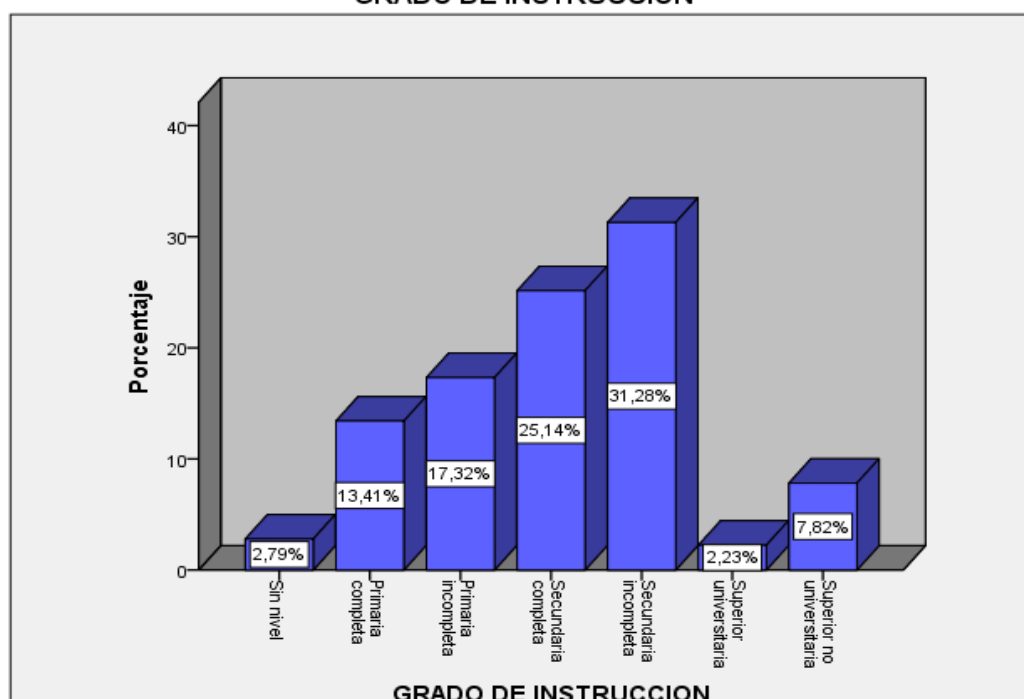
Gráfico 06

Finaliza con 100% que no presentaron ningún tipo de hábito nocivo de acuerdo a las historias clínicas

TABLA 07. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES DURANTE EL 2013 - 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin nivel	5	2,8	2,8	2,8
Primaria completa	24	13,4	13,4	16,2
Primaria incompleta	31	17,3	17,3	33,5
Secundaria completa	45	25,1	25,1	58,7
Secundaria incompleta	56	31,3	31,3	89,9
Superior universitaria	4	2,2	2,2	92,2
Superior no universitaria	14	7,8	7,8	100,0
Total	179	100,0	100,0	

GRADO DE INSTRUCCION



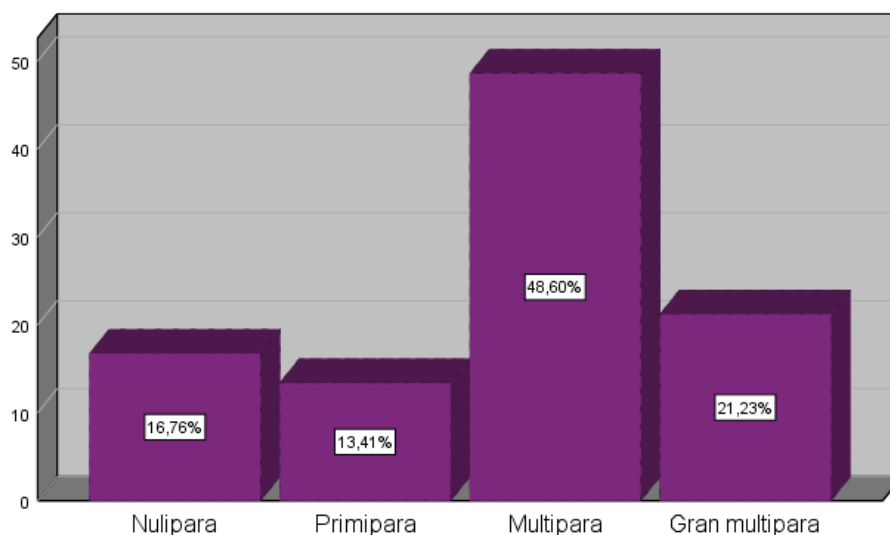
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 07

Se aprecia que la población con mayor predominancia son de secundaria incompleta con 31,28%, 25,14% secundaria completa, primaria incompleta con 17,32%, primaria completa con 13,41%, superior no universitaria con 7,82%, sin nivel 2,79%, superior universitaria 2,23%.

TABLA 08. PARIDAD DE LAS GESTANTES DEL 2013 - 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulípara	30	16,8	16,8	16,8
Primípara	24	13,4	13,4	30,2
Múltipara	87	48,6	48,6	78,8
Gran múltipara	38	21,2	21,2	100,0
Total	179	100,0	100,0	



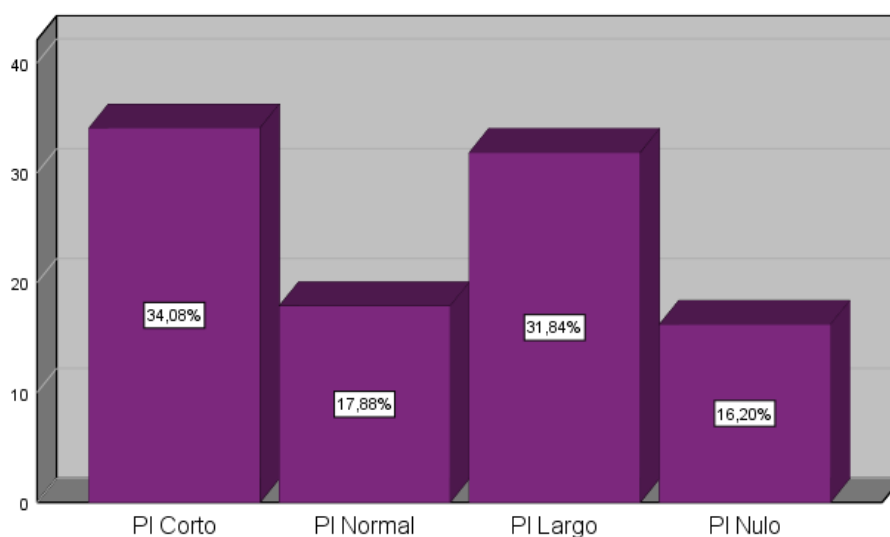
Fuente: Ficha de recolección de datos

Grafico 08.

Describe que la mayor tasa de paridad esta dentro de las múltiparas con 48,60% (87), 21,23% el grupo de gran múltipara, con 16,76% las nulíparas y en ultima escala las de 13,42% primíparas.

TABLA 09. PERIODO INTERGENESICO DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL EN EL 2013 – 2018 DEL HRP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PI Corto	61	34,1	40,7	40,7
PI Normal	32	17,9	21,3	62,0
PI Largo	57	31,8	38,0	100,0
Total	150	83,8	100,0	
Perdidos Sistema	29	16,2		
Total	179	100,0		



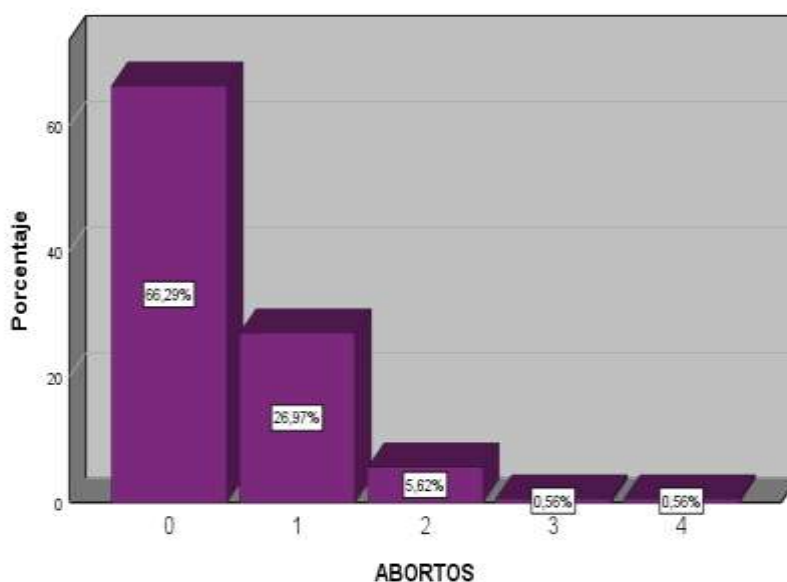
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 10.

Evidencia que el periodo intergenésico corto fue mayor con 34,08% con respecto al periodo normal con 17,88% y 31,84% de periodo intergenésico largo y no presentaron 16,20%

TABLA 10. ABORTOS DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD EN EL 2013 – 2018 DEL HRP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	118	65,9	66,3	66,3
	1	48	26,8	27,0	93,3
	2	10	5,6	5,6	98,9
	3	1	,6	,6	99,4
	4	1	,6	,6	100,0
	Total	178	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,6		
	Total	179	100,0		



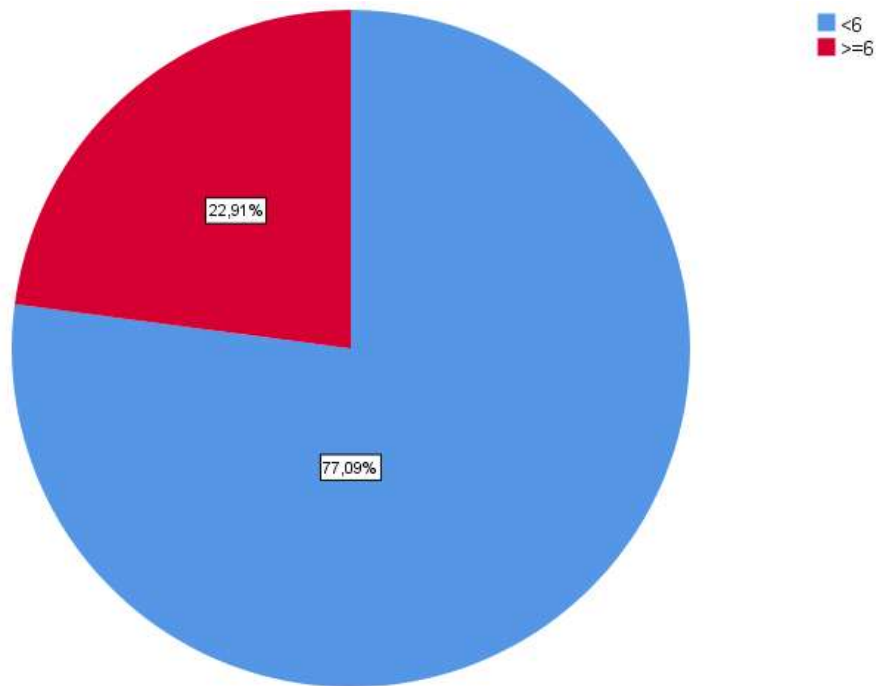
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 10.

Se puede observar que 66,29% no presentó casos de abortos, al menos 26,79% un caso de aborto, presentó abortos en 2 oportunidades 5,62%, 0,56% en 3 oportunidades y solo un 0,56% presentó 4 veces aborto.

TABLA 11. CONTROLES PRENATALES EN LAS GESTANTES DEL HRP DEL 2013 – 2018 CON MUERTE FETAL.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<6	138	77,1	77,1	77,1
>=6	41	22,9	22,9	100,0
Total	179	100,0	100,0	



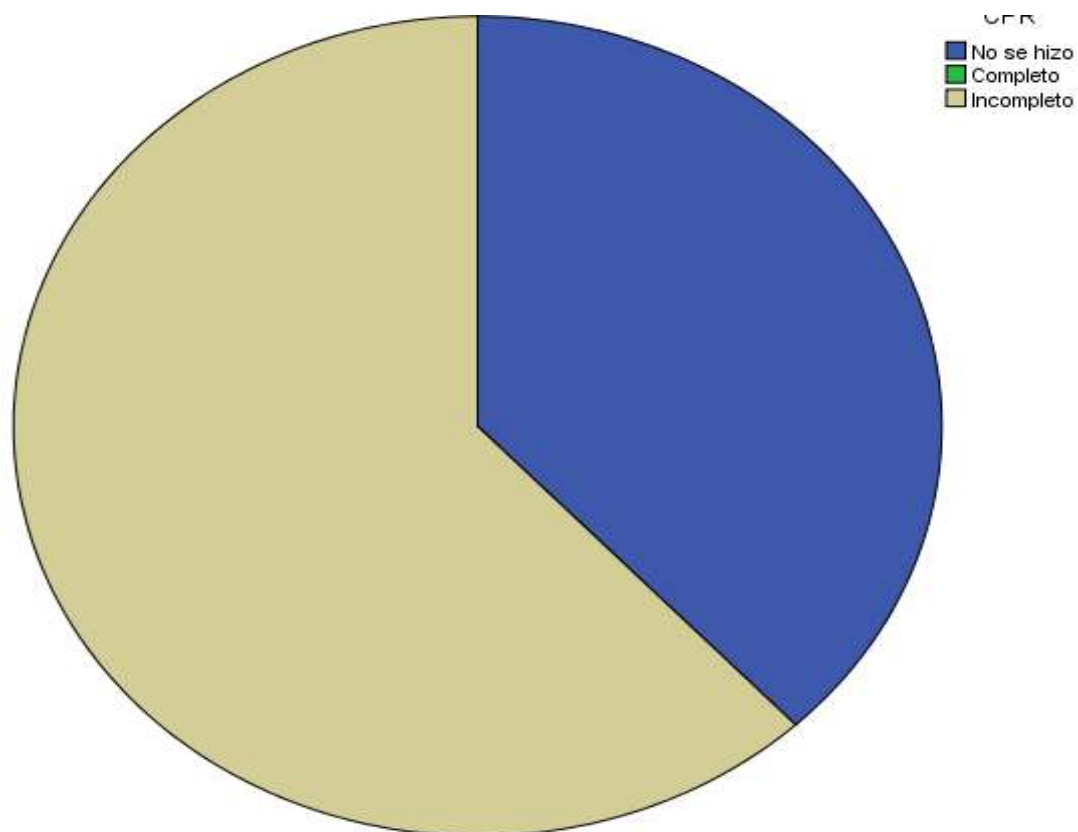
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 11

Evidencia que los controles fueron deficientes en su mayor porcentaje con 77,1% y los que alcanzaron mas de 6 controles fueron e un 22,91% de las gestantes atendidas en el hospital Regional de Pucallpa entre el 2013 - 2018

CONTROL REENFOCADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No se hizo	68	38,0	38,0	38,0
Incompleto	111	62,0	62,0	100,0
Total	179	100,0	100,0	

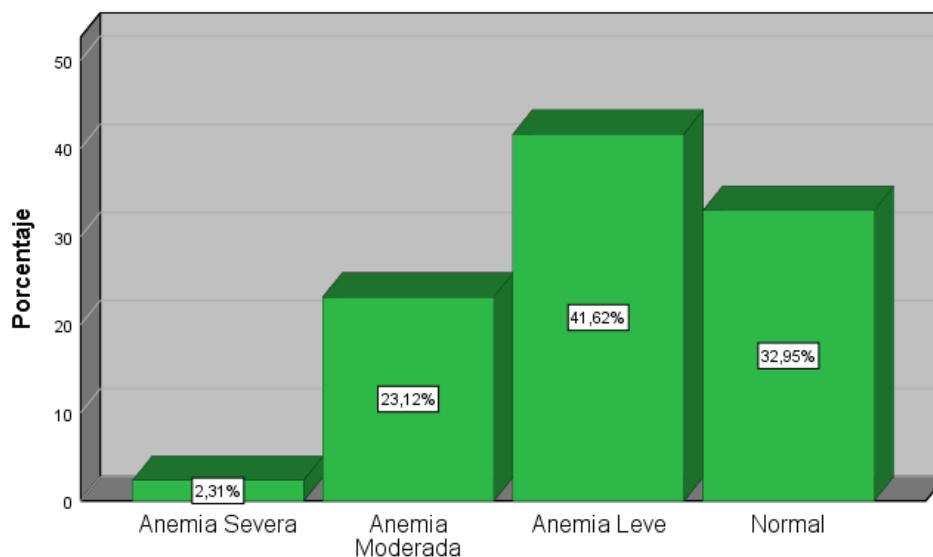


Fuente: Ficha de recolección de datos
Gráfico 12.

Se puede observar que los controles prenatales fueron deficientes en su mayoría con 38% que no se hicieron y las gestantes que lo hicieron fue con un 62%.

TABLA 13. ANEMIA EN LAS GESTANTES DEL HRP QUE PRESENTARON MORTALIDAD FETAL DEL 2013 – 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Anemia Severa	4	2,2	2,3	2,3
	Anemia Moderada	40	22,3	23,1	25,4
	Anemia Leve	72	40,2	41,6	67,1
	Normal	57	31,8	32,9	100,0
	Total	173	96,6	100,0	
Perdidos	Sistema	6	3,4		
	Total	179	100,0		

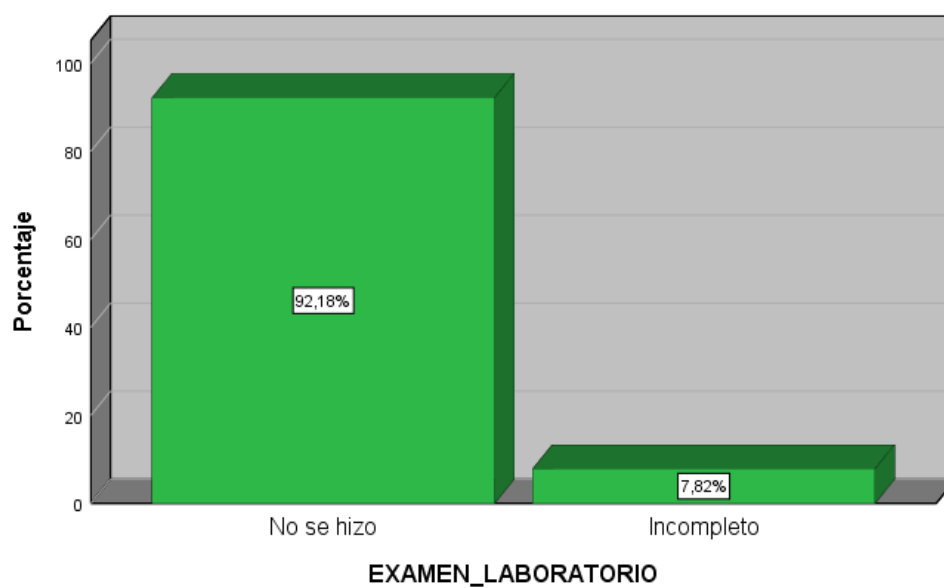


Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 13. Se evidencia que se presentó en su mayor porcentaje anemia leve con 42,62%, 23,12% anemia moderada y anemia severa con 2,31%, terminando con 32,95% en normal.

TABLA14. EXAMENES DE LABORATORIO DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL DEL 2013- 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No se hizo	165	92,2	92,2	92,2
Incompleto	14	7,8	7,8	100,0
Total	179	100,0	100,0	



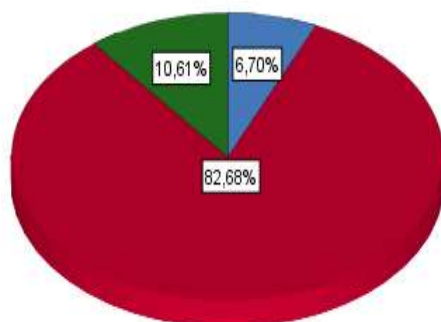
Fuente: Ficha de recolección de datos
 Grafico 14.

Muestra los exámenes de laboratorio que las gestantes se realizan sin concluirlos y ni si quiera realizarlos; 92,18% no se realizó y 7,82% incompleto.

TABLA 15. GLICEMIA DE LAS GESTANTES CON

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No se hizo	12	6,7	6,7	6,7
	Normal	148	82,7	82,7	89,4
	Anormal	19	10,6	10,6	100,0
	Total	179	100,0	100,0	

GLICEMIA



Fuente: Ficha de recolección de datos

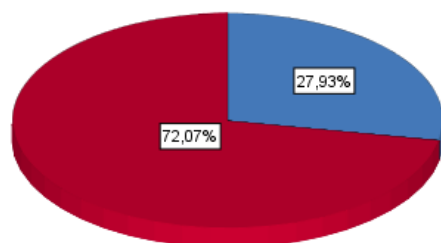
Gráfico 15

Evidencia que el 82,68% estuvieron dentro del rango normal, 10,61% anormal y un 6,70 % no realizo el examen de rutina

TABLA 16. EDAD GESTACIONAL TEMPRANA Y TARDIA DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	EG Precoz	50	27,9	27,9	27,9
	EG Tardía	129	72,1	72,1	100,0
	Total	179	100,0	100,0	

■ EG Precoz
■ EG Tardía

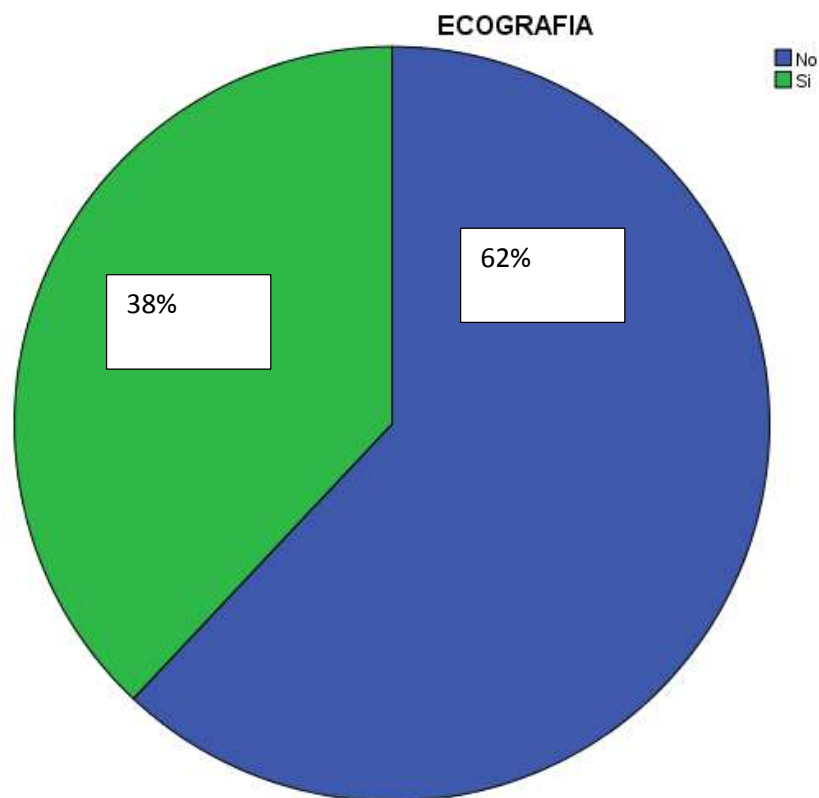


Fuente: Ficha de recolección de datos
 Grafico 16.

Evidencia que la edad gestacional tardía tiene más porcentajes de muertes fetales con 72,07% y que el 27,93% son de carácter precoz.

TABLA 17. ECOGRAFIAS REALIZADAS POR LAS GESTANTES DEL 2013 -2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	111	62,0	62,0	62,0
	Si	68	38,0	38,0	100,0
Total		179	100,0	100,0	



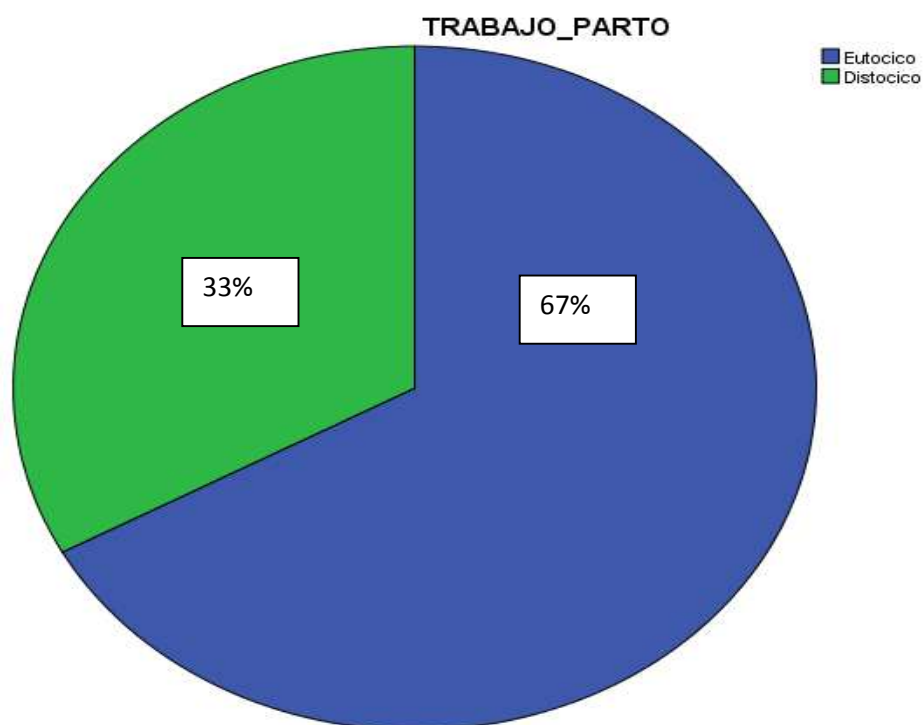
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico17

Muestra que un 62% no se realizó ecografía alguna durante la gestación y que el 38% si lo hizo al menos una ecografía.

TABLA 18. TRABAJO PARTO DE LAS GESTANTES CON MUERTE FETAL 2013 - 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Eutocico	120	67,0	67,0	67,0
	Distocico	59	33,0	33,0	100,0
Total		179	100,0	100,0	



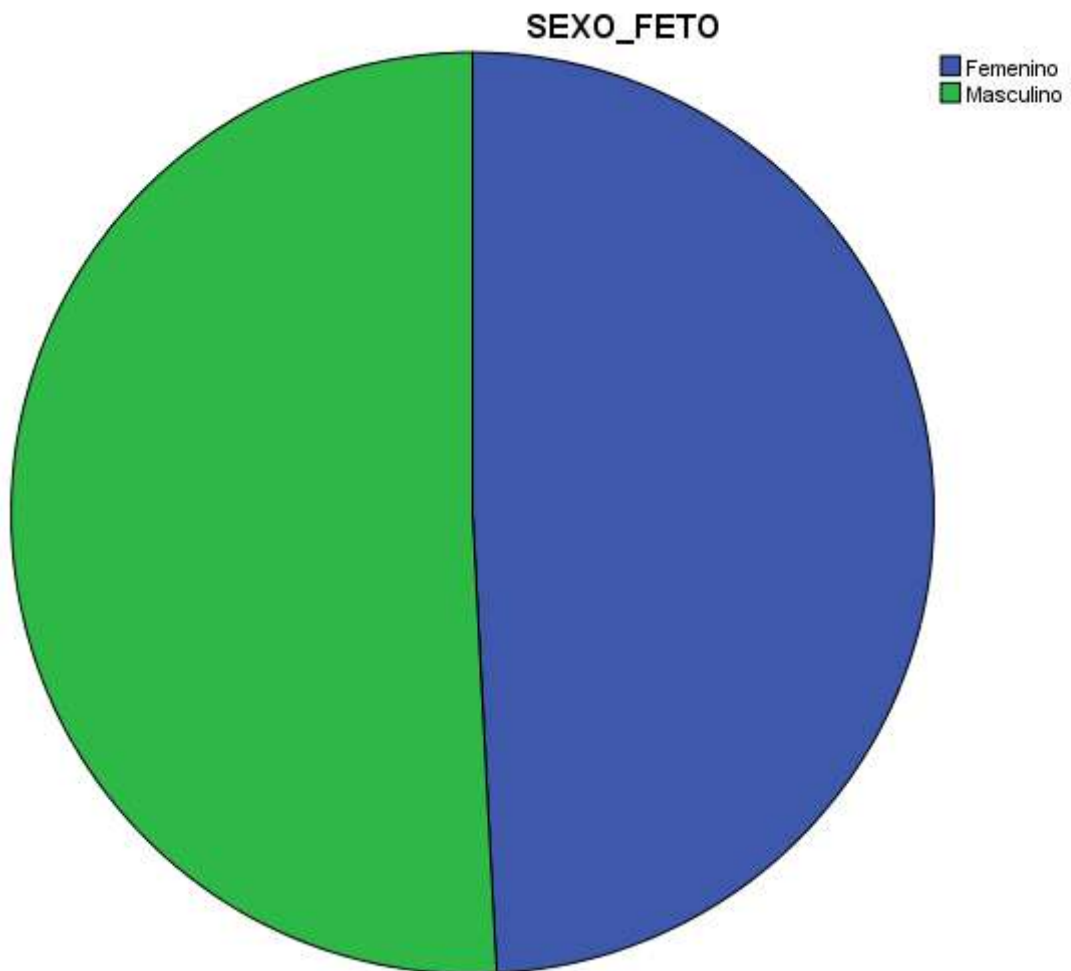
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 18.

Muestra el final del embarazo si fue por la modalidad parto eutócico en 67% y distócico en 33%.

TABLA 19.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	88	49,2	49,2	49,2
	Masculino	91	50,8	50,8	100,0
	Total	179	100,0	100,0	



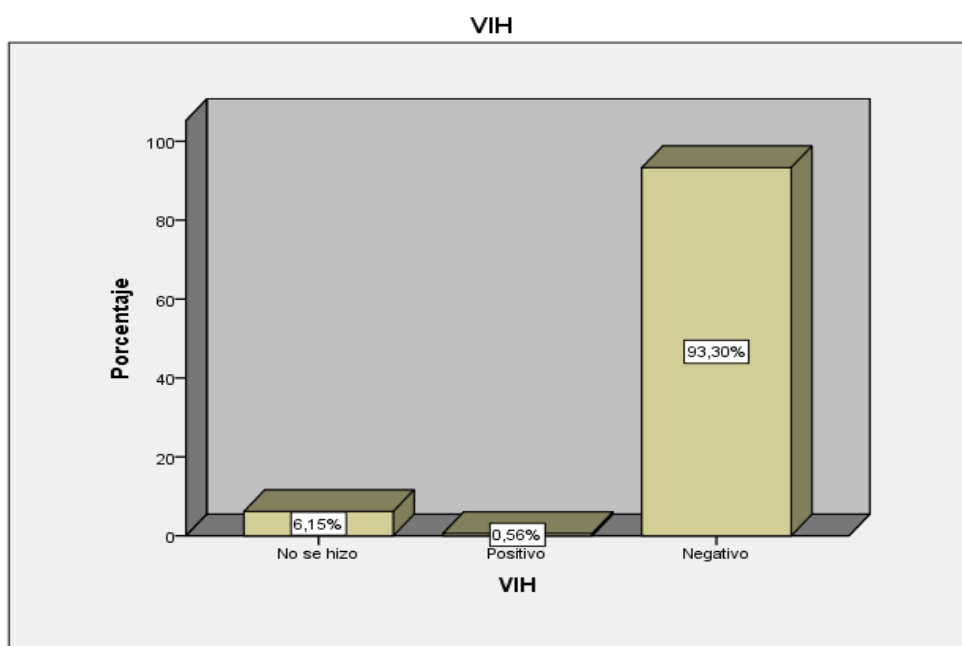
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 19.

Se evidencia del grafico 49.2 % de sexo femenino y 50.8 % de sexo masculino

TABLA 20. VIRUS DE INMUDEFICIENCIA HUMANA DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL 2013- 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No se hizo	11	6,1	6,1	6,1
	Positivo	1	,6	,6	6,7
	Negativo	167	93,3	93,3	100,0
	Total	179	100,0	100,0	



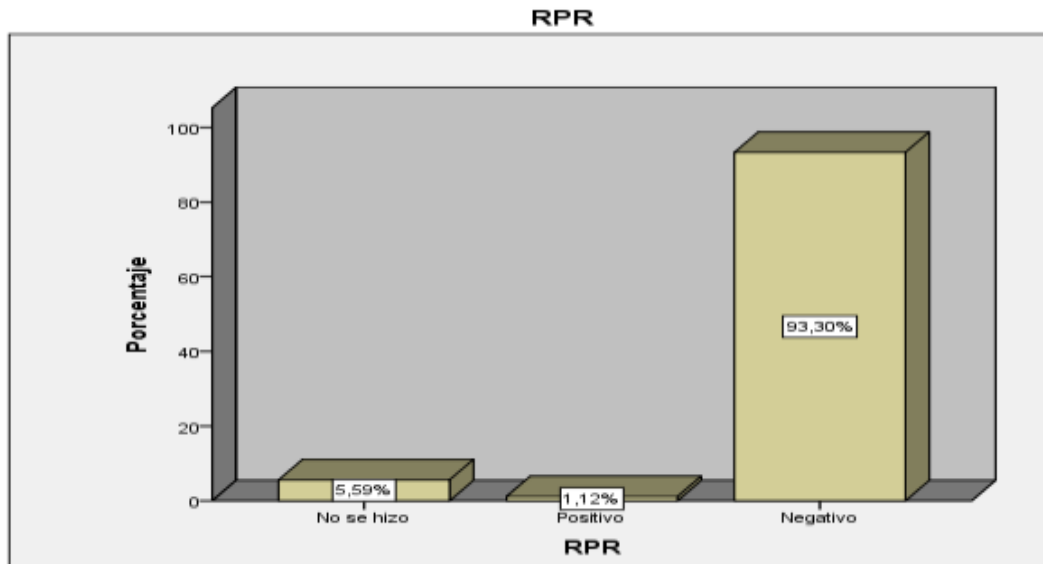
Fuente: Ficha de recolección de datos del HRP

Gráfico 20.

Evidencia que la mayoría de las gestantes no presentó en un 93,30%, presento 0.56% positivo y un 6,15% no se hizo.

TABLA 21. RPR DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL 2013- 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No se hizo	10	5,6	5,6	5,6
	Positivo	2	1,1	1,1	6,7
	Negativo	167	93,3	93,3	100,0
	Total	179	100,0	100,0	



Fuente: Ficha de datos

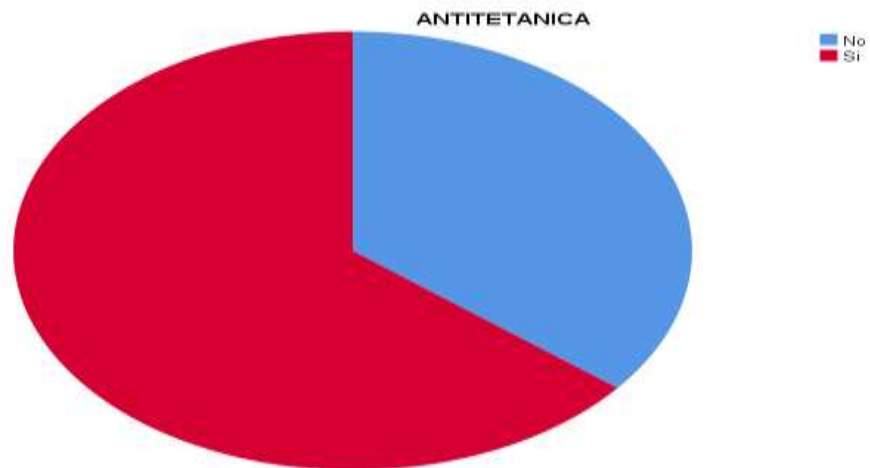
Grafico 21

Alto porcentaje de negatividad con respecto a sifilis en gestantes

VACUNACIONES PREVIAS

TABLA 22.1 ANTITETANICA DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL 2013- 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	64	35,8	35,8	35,8
Si	115	64,2	64,2	100,0
Total	179	100,0	100,0	



Ficha recolección de datos.

Gráfico 22.1 evidencia mayor porcentaje que si se administraron la vacuna en 64,2%

TABLA 22. 2 HEPATITIS B DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL 2013- 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	135	75,4	75,4	75,4
Si	44	24,6	24,6	100,0
Total	179	100,0	100,0	

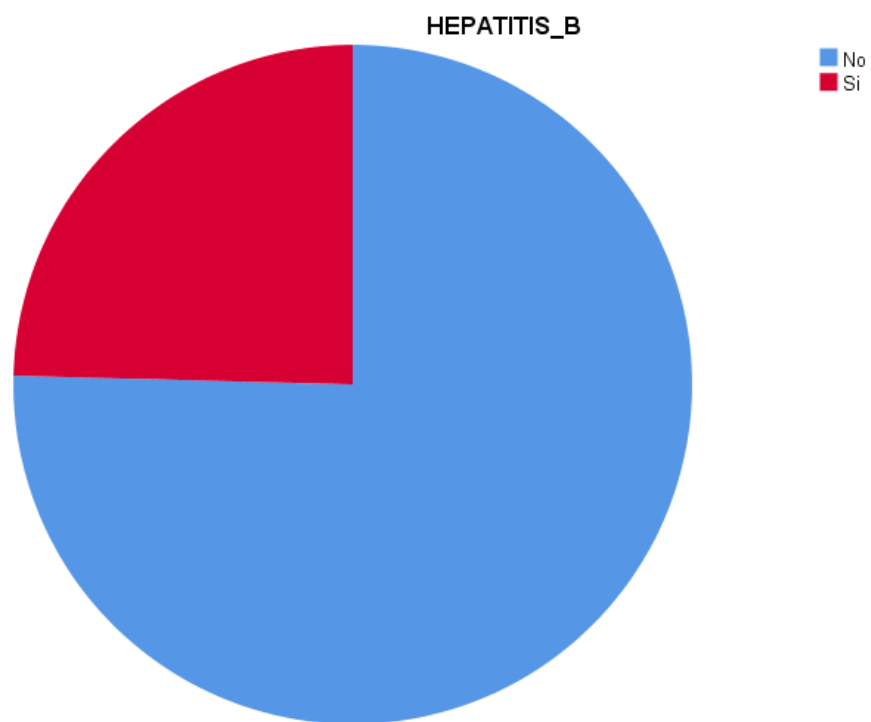
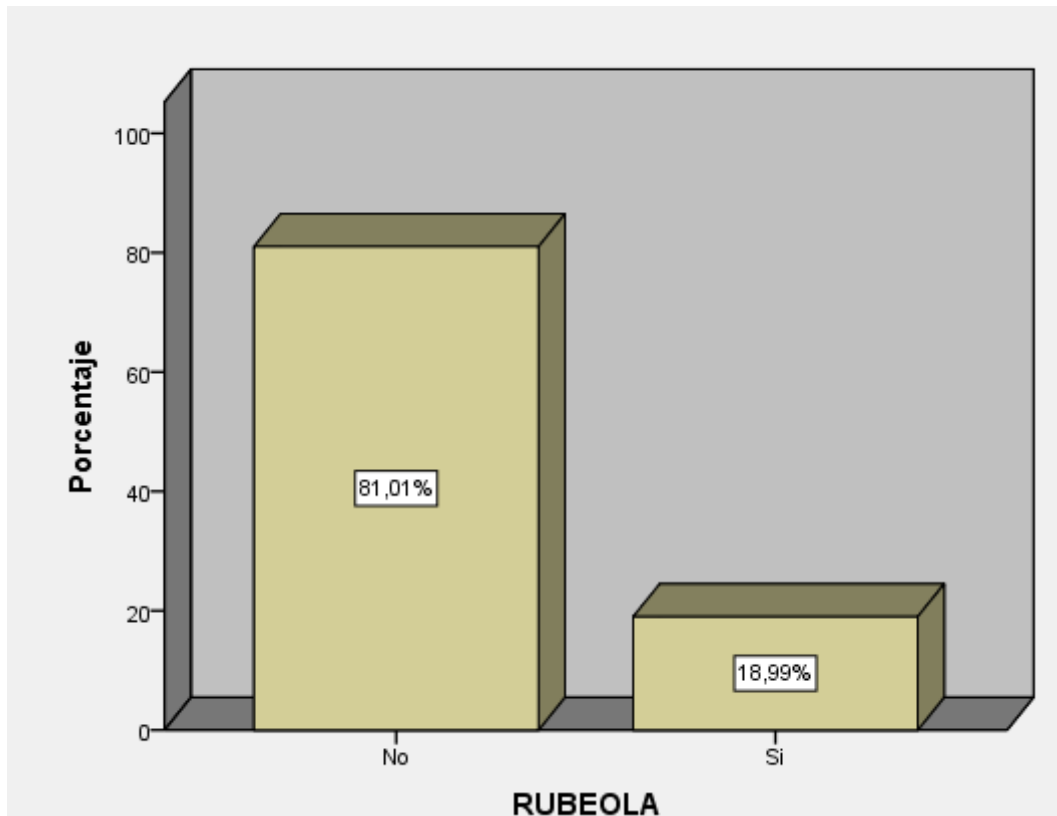


Gráfico 22.2 demuestra un 75,4% que no se administraron la vacuna para hepatitis B y 24,6 % que si se vacunaron

TABLA 22.3 RUBEOLA DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL 2013- 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	145	81,0	81,0	81,0
Si	34	19,0	19,0	100,0
Total	179	100,0	100,0	

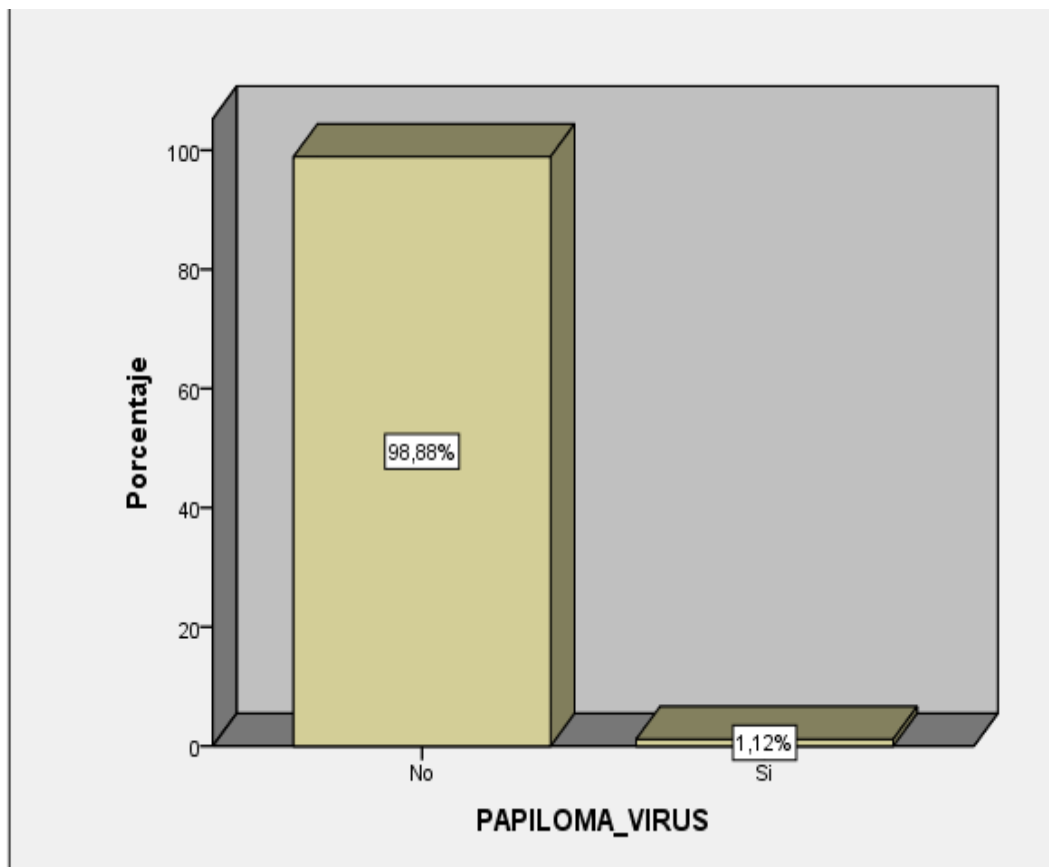


Fuente: Ficha de recolección de datos
Gráfico 10.

Evidencia cuanto de vacunación de rubeola si en 18,99% y 81,01% no se administraron la vacuna

TABLA 22.4 PAPILOMA_VIRUS DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL 2013- 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	177	98,9	98,9	98,9
Si	2	1,1	1,1	100,0
Total	179	100,0	100,0	



22.3 evidencia un gran número de casos y porcentaje de 98,8% sin aplicación de la vacuna

TABLA 22.5 FIEBRE AMARILLA DE LAS GESTANTES CON MORTALIDAD FETAL 2013- 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	124	69,3	69,3	69,3
Si	55	30,7	30,7	100,0
Total	179	100,0	100,0	

FIEBRE_AMARILLA



Gráfico22.5

Enfatiza que un 69,27% no se aplicó la vacuna previa a la gestación y que el 30,73% si lo hizo.

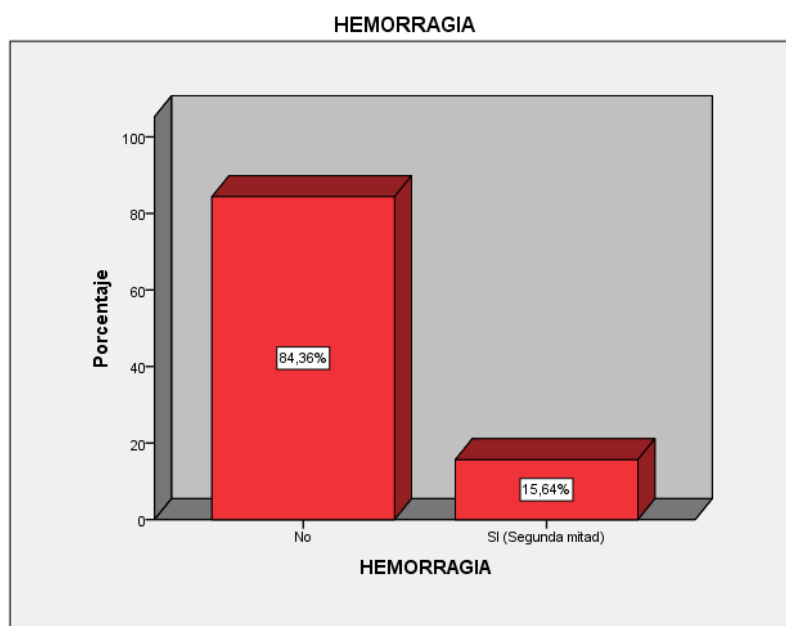
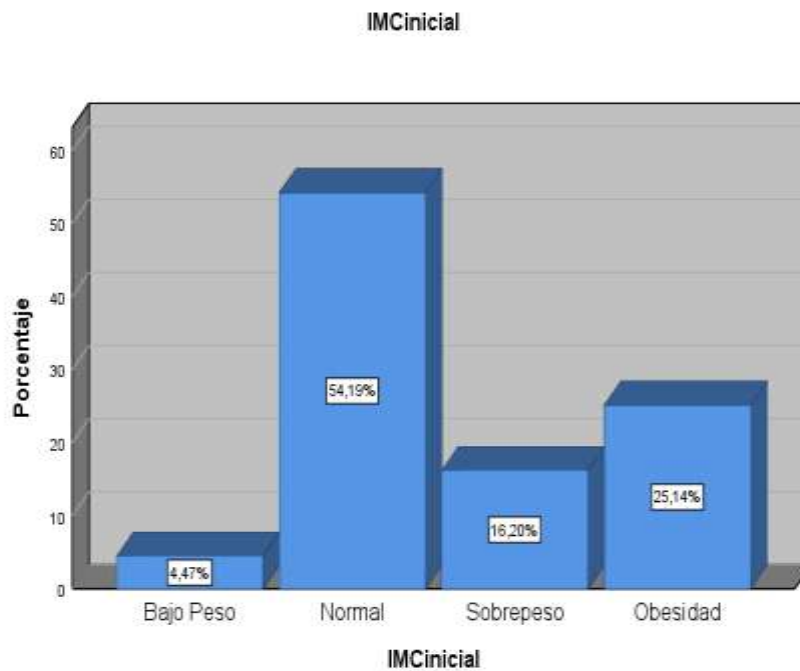


GRAFICO 23. Evidencia que si presentaron hemorragia pero en un 15,64% en diferencia a las que no presentaron en un 84,36%

IMC inicial de las gestantes con mortalidad fetal 2013 y 2018 en el hospital Regional de Pucallpa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo Peso	8	4,5	4,5	4,5
	Normal	97	54,2	54,2	58,7
	Sobrepeso	29	16,2	16,2	74,9
	Obesidad	45	25,1	25,1	100,0
	Total	179	100,0	100,0	



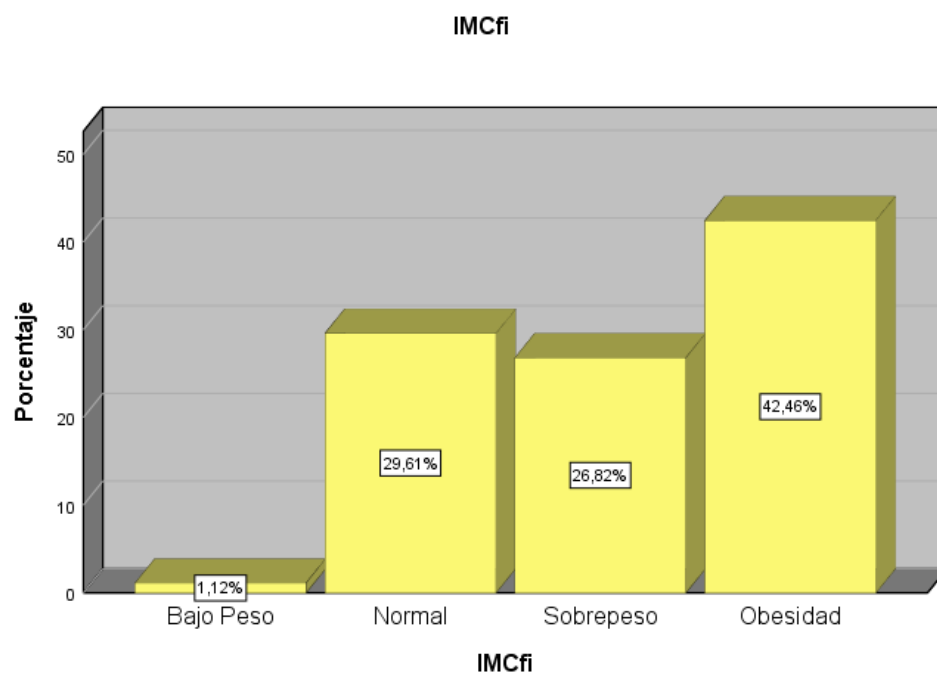
Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 24.

Indica una tasa de normalidad frente al inicio de peso con 54,1% y obesidad 25,14% sobrepeso con 16,20% y bajo peso al inicio de la gestación con 4.47%

IMC final de las gestantes con mortalidad fetal en el periodo 2013 y 2018 del Hospital regional de Pucallpa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo Peso	2	1,1	1,1	1,1
	Normal	53	29,6	29,6	30,7
	Sobrepeso	48	26,8	26,8	57,5
	Obesidad	76	42,5	42,5	100,0
	Total	179	100,0	100,0	



Fuente: Ficha de recolección de datos

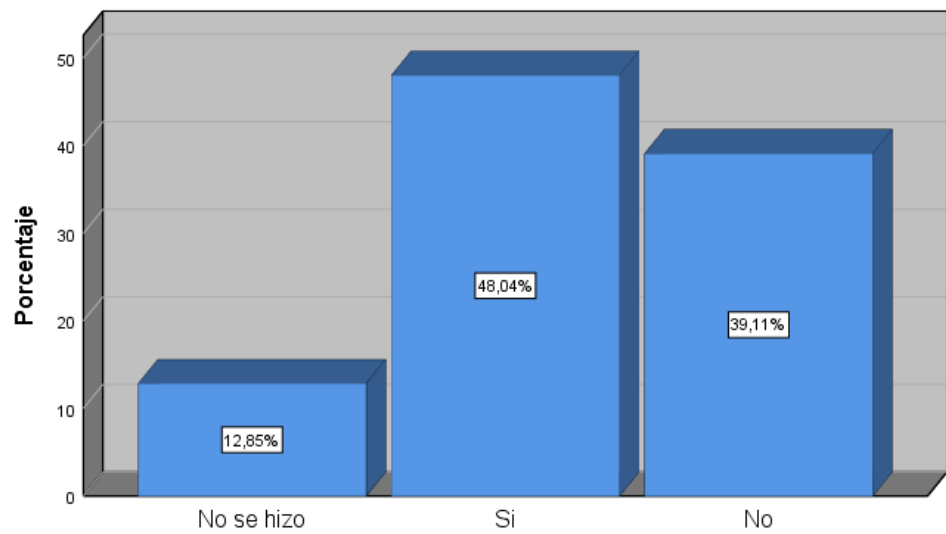
Gráfico 25

Prevalece un porcentaje de obesidad con 42,46% al término de la gestación, y normal 29,61% seguido de sobrepeso 26,82%.

INFECCION_URINARIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No se hizo	23	12,8	12,8	12,8
	Si	86	48,0	48,0	60,9
	No	70	39,1	39,1	100,0
	Total	179	100,0	100,0	

INFECCION_URINARIA



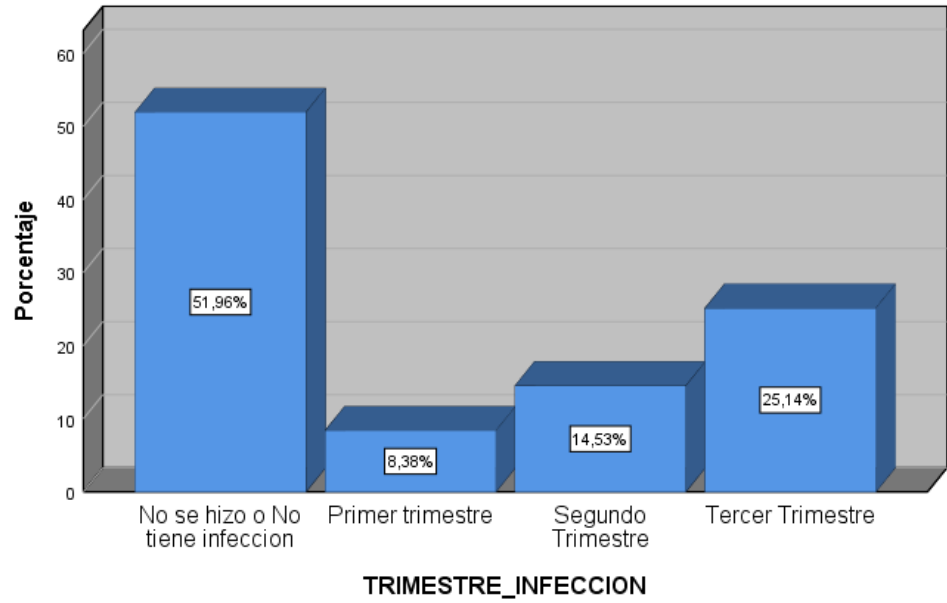
INFECCION_URINARIA

TRIMESTRE_INFECCION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No se hizo o No tiene infección	93	52,0	52,0	52,0
Primer trimestre	15	8,4	8,4	60,3
Segundo Trimestre	26	14,5	14,5	74,9
Tercer Trimestre	45	25,1	25,1	100,0
Total	179	100,0	100,0	

En los gráficos denota que si presentaron infección urinaria en 48,4% con mayoría en el tercer trimestre.

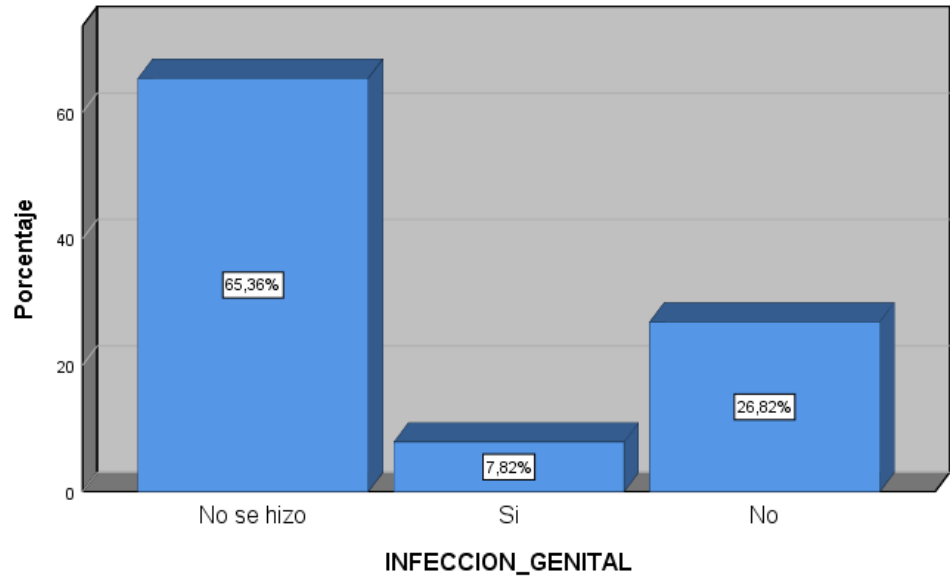
TRIMESTRE_INFECCION



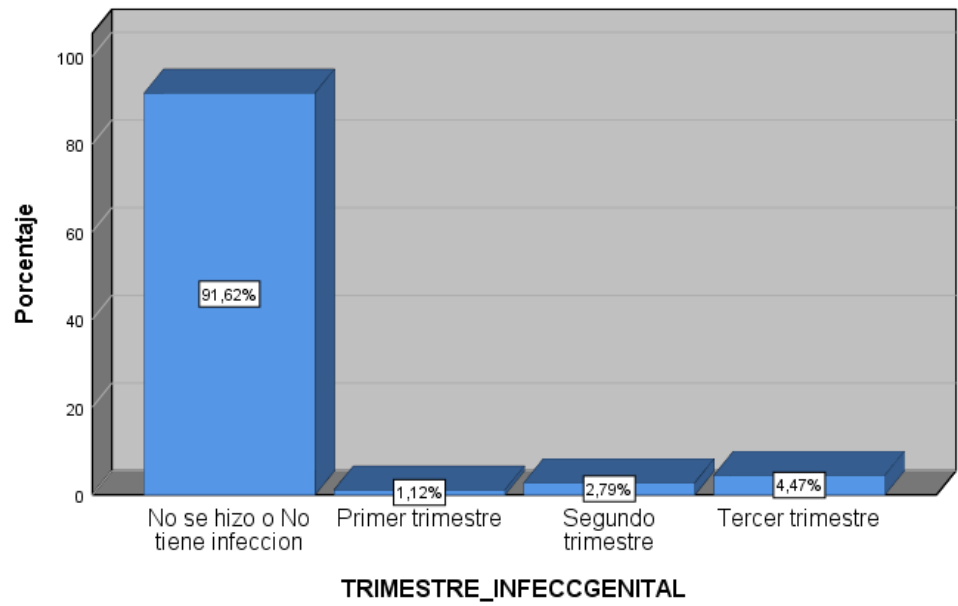
INFECCION_GENITAL

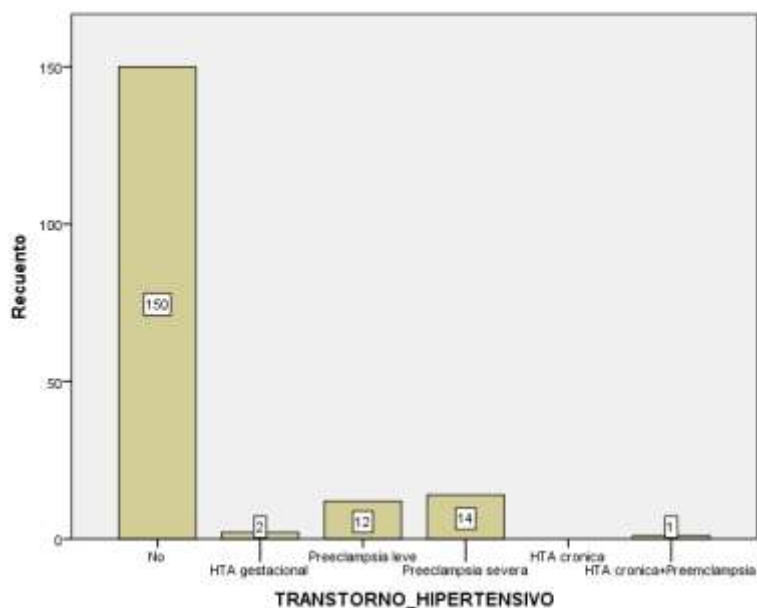
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No se hizo	117	65,4	65,4	65,4
	Si	14	7,8	7,8	73,2
	No	48	26,8	26,8	100,0
	Total	179	100,0	100,0	

INFECCION_GENITAL

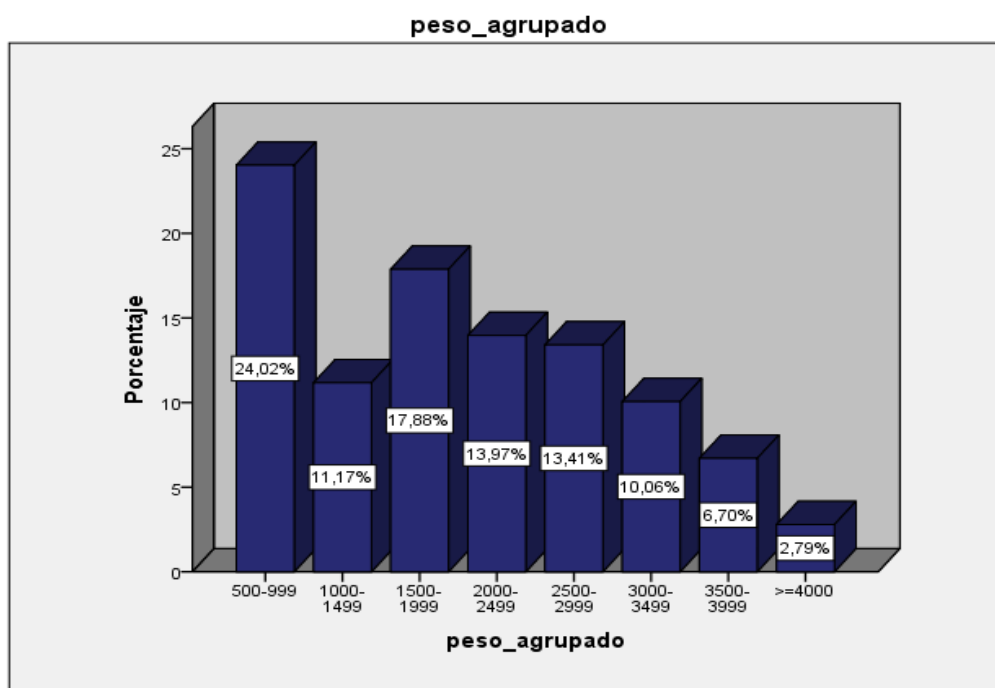


TRIMESTRE_INFECCGENITAL





El grafico evidencia que 150 casos de los 179 estudiados no presentaron Trastorno hipertensivo del embarazo con respecto a 14 preeclampsia severa, 12 preeclampsia leve, 2 HTA gestacional y 1 HTA crónica más pre eclampsia severa



El siguiente grafico define que el mayor porcentaje de peso presentado en los mortinatos es de 500 a 999 gramos con un 24,02%, seguido de 11,17% de 1000 a 1499, 17,88% hasta 1999.

4.2 DISCUSIÓN:

Del presente trabajo de investigación podemos describir sobre los factores de riesgo que:

- Se finalizó que la edad más comúnmente en el trabajo de investigación fue la etapa mayor a los 35 años. Que concuerda con Panduro B. J. y asociado sobre que la edad mayor a 35 años es un factor de riesgo.
- Se encontró también que la mayoría de las gestantes se dedicaron al trabajo del hogar en un 87,7% de su totalidad. Un 1,1% al Estado y otro 6,7% de manera independiente a ser trabajos extras, y un 4,5% a la categoría de estudiantes que correspondía a 8 casos
- en la tabla de procedencia de las gestantes se denotó que la población en su mayoría es de la categoría urbano marginal con 84 casos, siguiendo así 30 de la zona rural haciendo un acumulado de 114 casos que provienen de las zonas más alejadas.
- Lo que respecta a el estado civil de las gestantes en un gran porcentaje fueron conviviente con 75,4%,
- Los hábitos nocivos no representaron ninguna característica como factor de riesgo para mortalidad ya que en su totalidad de las historias clínicas se encontraron negación sobre el consumo de lo que implica alcohol y tabaco, como en el trabajo de México en Guadalajara.
- En el grado de instrucción la mayor población encontrada fue de secundaria incompleta con 31,3%, y uniendo los demás niveles de educación predomina aun la falta de conocimiento u orientación sobre la gestación por no tener un eficiente nivel académico
- La paridad en esta oportunidad representó un alto porcentaje en mujeres multíparas con 48,6% de casos, demostrando ser un factor de riesgo para mortalidad fetal
- Describe los periodos intergenésicos denotando que el periodo intergenésico corto tuvo un mayor porcentaje de 34.1%, contribuyendo a ser un factor de riesgo para muerte fetal.
- Si bien es cierto no se describe como un factor de riesgo de acuerdo a nuestra investigación con las historias clínicas.
- Los controles prenatales fueron deficientes con un 77,09% de menos de 6 controles durante toda la gestación.

- La tabla de control prenatal reenfocado la mayoría está incompleto y no se realizó llegando a un total de 10%
- La anemia demostró ser un factor de riesgo porque las gestantes durante el periodo de 9 meses presentaron anemia leve de 41,62% con respecto a las que estuvieron en 32,95% normal es decir de 11mg/dL por encima.
- Los exámenes de rutina de laboratorio que toda gestante debe hacerse la mayoría no lo 92,18% realiza en o simplemente de manera incompleta en un 7,82%
- De esto se infiere que la mortalidad fetal es más tardía es decir posterior a las 28 semanas de gestación hasta el momento del parto con un 72,1% respecto al 27,9% de mortalidad precoz.
- Las ecografías realizadas durante la gestación no son óptimas y no se hicieron en un 62% con un 38% que si realizaron al menos una ecografía condicionando a no saber el avance adecuado del feto in útero de tal manera se confirma que el control prenatal inadecuado es un factor de riesgo para terminar en mortalidad fetal como menciona la tesis de Lima.
- El cese del embarazo en su mayoría fue parto eutócico con 67% respecto al 33% de distócico.
- El mayor porcentaje de óbitos son del sexo masculino con 50,8% a diferencia del 49,2% femeninos, que no tiene mayor relevancia con respecto a si es un factor de riesgo
- Las vacunaciones previas denotan que solo se cumplen cierta cantidad de vacunas la mayoría de veces estas no se aplican por necesidad, desconocimiento o acceso limitado a los centros de salud. Como se demuestra en una tesis de Lima donde concluye que el control prenatal es una de los factores asociados a muerte fetal.
- Según el grafico de barras la hemorragia no fue un factor de riesgo para mortalidad fetal a pesar de demostrar que tuvo un 15,64% a diferencia de los que no se hicieron.
- Demuestra que las gestantes iniciaron con índice de masa corporal normal de 54,19% que luego al termino del embarazo fue 42,46% de obesidad de acuerdo a la OMS que equivale obesidad en la gestante como factor de riesgo.
- Infección urinaria con 48,04% demostró ser factor de riesgo para mortalidad fetal afectando más el tercer trimestre comparado con el estudio de Chile donde identifica factores maternos y urinarios como factor de riesgo
- El trastorno hipertensivo no demostró ser factor de riesgo ya que contó con 150 casos de los 179 no hicieron. A diferencia del estudio en Cuba donde el trastorno hipertensivo del embarazo conto como factor de riesgo para mortalidad fetal.

CONCLUSIONES

- Se concluyó que el mayor porcentaje de casos sobre mortalidad fetal se dio durante el año 2017 con 44 casos que equivale a 24,6% respecto a los demás años estudiados. Siendo el que presento menor porcentaje el año 2013 con 17 casos y 9,3%.
- En el Hospital Regional de Pucallpa se determinó que la edad de la mujer entre el intervalo 31 a 38 años presentaron más casos de mortalidad fetal, demostrando así un factor de riesgo. Mientras que cuando se estudió hábitos nocivos, violencia, las mujeres niegan sobre el consumo de tabaco, alcohol u otro adictivo; más con respecto a la violencia de acuerdo con las historias clínicas, más del 90% negaron en la entrevista de los controles prenatales, siendo solo 2 casos de violencia familiar de 179 estudiados.
- De los resultados también se logró objetivar que la mayoría de las gestantes son de nivel educativo deficiente o incompleto, la mayoría se determinó en secundaria incompleta con 31,3% de la población estudiada. Haciendo una sumatoria de los casos sin grado de instrucción completa es decir hasta un superior 90% de casos sin terminar los estudios. Describiéndose como un factor de riesgo de mortalidad fetal ya que muchas mujeres se embarazan sin tener los debidos cuidados durante y antes, como no realizarse los controles prenatales adecuados o a tiempo.
- En el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional De Pucallpa se concluyó que los controles prenatales son deficientes y muchas no realizados a tiempo o completo por el desconociendo de los mismos, el difícil acceso a los centros de salud ya que son la mayoría son de procedencia urbano marginal y zonas rurales. Impidiendo de esta forma llevar un control adecuado desde el primer trimestre, con los controles reenfocados de medico obstetra, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, exámenes de laboratorio de rutina. Siendo así un factor de riesgo para mortalidad fetal.
- De los factores obstétricos mencionados en el estudio como son las hemorragias obstétricas si bien es cierto no fueron en gran porcentaje (15,64%) del total de casos en el periodo 2013 – 2018, fue un factor de riesgo para los casos que terminaron en mortalidad fetal siendo el más afectado el 2017.
- El factor de trastorno hipertensivo no fue tan notorio en el periodo de estudio así que no se le considero como un factor de riesgo, dentro del hospital seleccionado.

- Muy aparte las infecciones urinarias si jugaron un gran papel como factor de riesgo la mayoría de las gestantes tuvieron infección al inicio del trimestre y desaparecieron para luego aparecer en el trabajo de parto a partir de las 22 en adelante por no tratarse debidamente en su momento, terminando en un desenlace de mortalidad fetal.
- De todas las gestantes estudiadas se finalizó que la mayoría estuvieron con anemia según los únicos controles datados en las historias clínicas, y que luego se perdió el seguimiento de ellas hasta el día del parto.
- Así mismo de las gestantes que según la ficha de recolección de datos iniciaron con un peso normal dentro de los valores acordes al Índice de masa corporal por la organización mundial de salud terminaron en obesidad es decir ≥ 29 kg/m², determinando que la obesidad fue un factor de riesgo para la mortalidad fetal, ya que el aumento de peso materno condiciona el retraso del crecimiento en el feto.
- Siguiendo así que en el Hospital Regional de Pucallpa se obtuvo que la paridad también jugó un papel importante en la mortalidad fetal siendo de mayor porcentaje las multíparas y añosas con 48,60% del total. Al igual que el periodo intergenésico largo con 31, 84% para describirse como factor de riesgo para mortalidad fetal en el periodo 2013 – 2018.
- Se concluyo también que en las historias clínicas del Hospital estudiado en este caso Hospital regional de Pucallpa, en el servicio de Gineco Obstetricia no se realizó una historia clínica adecuada algunos datos fueron obviados y no escritos; demostrando una mala historia obstétrica.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las gestantes se realicen al menos 3 ecografías importantes en el embarazo para determinar la viabilidad del feto de acuerdo con su desarrollo y evitar las complicaciones como en el trabajo de investigación.
La primera que es la ecografía obstétrica, la segunda de 18 a 20 semanas de gestación y la tercera de 33 a 37 semanas.
- Es realizar campañas de vacunación en las zonas urbanas marginales, rurales como prevención en todas las gestantes y puedan cumplirse un adecuado control prenatal y evitar desarrollos anormales en los fetos.
- Realizarse los controles prenatales adecuados es decir mayores a 6 pero completos, con los requerimientos adecuados de atención de calidad (medico obstetra, obstetra, dentista, nutricionista, vacunaciones previas, exámenes de laboratorio completo)
- El estado invierta mas en la salud materno fetal para la mejora de atención de las mismas y evitar el deceso de los bebes.
- Continuar identificando los factores asociados a la mortalidad fetal para disminuir la casuística y concientizar a la población en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Panduro B J. Guadalupe, Pérez M J. Jesús, Panduro M Elizabeth Guadalupe, Castro H Juan Francisco, Vázquez G María Dolores. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2011 [citado 2019 Feb 28]; 76(3): 169-174. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000300006>.
2. Rangel-Calvillo Martín Noé. Análisis de muerte fetal tardía. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2019 Feb 28]; 28(3): 139-145. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300004&lng=es.
3. Vázquez Martínez Vivian, Torres González Cristóbal, Torres Vázquez Grisel, Alshafea Amjad, Rodríguez Lorenzo María. Muertes fetales tardías en la provincia de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Feb 28];14 (2): 133-142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2016000200007&lng=es
4. ORTIZ PA. Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 – 2015 [disertación]. Repositorio académico UTN: 2016. 87 pag. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5530/1/06%20ENF%20762%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
5. Valladares B Zoila, García D Vanessa, Buján C Vanesa, Couceiro N Emilio, López R Carlos. Muerte fetal intrauterina: ¿podemos actuar en su prevención?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 [citado 2019 Feb 28] ; 78(6): 413-418. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000600002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000600002>

6. FUSTAMANTE CF. Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque [disertacion]. Repositorio académico: Universidad San Martín de Porres; 2016. 59 pag.
7. ALEJANDRO K. Factores maternos asociados a muerte fetal tardía en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Carlos Lanfranco la hoz en el año 2017 [disertatio]. Repositorio de Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. 46 pag.
8. ESCUDERO KS. Óbito fetal en el Hospital Regional de Ancash [trabajo académico] Repositorio Universidad de Ica. 2017. 26 pag. Disponible en URL:
<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/284/1/ESCUADERO%20TARAZONA%20KETTI%20SORAYA%20OBITO%20FETAL%20EN%20EL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DE%20ANCASH.pdf>
9. NARVAEZ NV. Ausencia de control prenatal como factor de riesgo asociado a muerte fetal tardía en gestantes atendidas en el Hospital de Belén en Trujillo [tesis]. Creative commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú; 2013. 43 pag. Disponible en URL:
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/297>
10. LEYVA YATACO L. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD FETAL EN LA REGION HUANCVELICA AÑO 2013 [tesis] Repositorio UNH. Huancavelica; 2017. 219 pag.
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1237/TPUNH%20DO%20C.POST.001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. QUIROZ LATOCHE RE. Factores obstétricos asociados a muerte fetal tardía en gestantes. Hospital de Apoyo Otuzco 2006-2015 [tesis] repositorio UCV. Otuzco; 2016. Pag
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/18837>

12. Waldir Alex GC. Características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional de Loreto desde enero 2012 a diciembre 2014.[tesis] Loreto. Hospital regional de Loreto.2015. 93 pag
13. Monsalve Montoya RE, Méndez Rodríguez R, Salcedo Ramos F. Caracterización de óbito fetal tardío en la clínica maternidad rafael calvo de Cartagena de Indias entre los años 2012 a 2013. Revista ciencias biomédicas. 2016 ;7(1):68-79
14. http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_131/elem_11188/definicion.html
15. <https://es.scribd.com/doc/62288294/Habitos-Nocivos-Janet>
16. <https://definicion.de/violencia-familiar/>
17. http://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_016.pdf
18. Abortoinformacionmedica.com. Interrupción voluntaria del embarazo. [Sede wed] actualizada el 28 de marzo. Disponible en <http://www.abortoinformacionmedica.es/category/definicion-aborto/>
19. diccionario saudable [base de datos de internet] copyright 2016. Disponible en URL: <http://www.unamamiquesemima.com/diccionario-del-embarazo-tercera-entrega/>
20. . Bustillo r, Melendez W, Urbina L, Nuñez J, Eguigurems D, Pineda C et al. Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo [Internet]. Archivosdemedicina.com. 2019 [cited 4 March 2019]. Available from: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/sobrepeso-y-obesidad-en-el-embarazo-complicaciones-y-manejo.php?aid=11135#6>
21. Green facts [internte]. Nd. Índice de masa corporal [04 de marzo del 2019] disponible en : <https://www.greenfacts.org/es/glosario/ghi/indice-de-masa-corporal.htm>
22. . Espitia De La Hoz Franklin, Orozco Santiago Lilian. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Medicas UIS [Internet]. Diciembre 2013 [citado 2019 de marzo 04]; 26 (3): 45-50. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300005&lng=enm

23. Williams. Hemorragia Obstetrica. Javier de Leon Praga, Norma Leticia Carbajal . Williams obstetricia edición 23. México. 2011. Pagina 785- 786.
24. Tinneth MA. Sangrado vaginal de la segunda mitad del embarazo. REVISTA MEDICA SINERGIA Vol. 2 (12), Diciembre 2017. Disponible es: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms1712a.pdf>
25. Feiruz CH L . Rosa O. Angela P. Revista de ginecología y obstetricia [internet] 2019. 10 (1). 41 – 44. Disponible en <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/705>
26. M.J.Pérez Rodríguez. Rotura de vasa previa en una inserción velamentosa de cordón umbilical. Importancia del diagnóstico prenatal. An Pediatr (Barc) 2019 2014;81(6):393-395 disponible en <http://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403313004669>
27. ega Jiménez, A. (2019). *hipertension en el embarazo*. [online] Chospab.es. Available at: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/revisi onGuiasClinicas/2014-2015/sesion20141126_01.pdf [Accessed 4 Mar. 2019].
28. Bron V. Veronica Y. infección urinaria en el embarazo. CONCYTEC [Internet] 2017. 2017. Disponible en URL: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UTEA_f455a2059ab3504e815f6c39e3ec950c/Description#tabnav
29. Matterna birth matters. Tipos de parto. [sede web] Daniel Lopez 06 de marzo 2015. Disponible en: <https://www.materna.es/el-parto/tipos-de-partos/>
30. Matterna birth matters. Tipos de parto. [sede web] Daniel Lopez 06 de marzo 2015. Disponible en: <https://www.materna.es/el-parto/tipos-de-partos/>

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES							
VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Edad reproductiva	Desde el inicio de la primera menstruación hasta el periodo de menopausia.	Desde menores de 14 años hasta mayores de 35 años.	cuantitativo	Razón	≤14 años 15 -22 23 – 30 31 – 38 39 - 46	≤14 años 15 -22 23 – 30 31 – 38 39 - 46	Ficha de recolección de datos
Procedencia	Es el lugar de donde proviene la gestante	De acuerdo con la establecido en la norma de la historia clínica	Cualitativa	Ordinal	Urbano Urbano marginal Rural	Urbano - Urbano marginal - Rural	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Es la categorización de la persona de acuerdo a su situación actual	Es la categorización de la persona de acuerdo a su situación actual	cualitativa	Ordinal	Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada	Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	Es el nivel de educación de la persona.	Nivel de educación de la gestante	Cualitativo	Ordinal	Sin nivel Primaria Secundaria superior	Sin nivel Primaria Secundaria superior	Ficha de recolección de datos

Hábitos nocivos	Aquellas costumbres constantes que dañan la salud de la persona a mediana, corto o largo plazo.	Aquellas costumbres constantes que dañan la salud de la persona a mediana, corto o largo plazo en este caso en la gestante provocando	Cualitativo	Nominal	Tabaco Alcohol	Tabaco Alcohol	Ficha de recolección de datos
Ocupación	Es el servicio que desempeña la gestante hasta el momento de trabajo de parto.	Es el servicio que desempeña la gestante hasta el momento de trabajo de parto	Cualitativo	Ordinal	Su casa Dependiente Independiente Estudiante	Su casa dependiente Independiente Estudiante	Ficha de recolección de datos
Violencia	Es el acto de carácter psicológico, físico y verbal hacia la persona lastimando su integridad.	Es el acto agresividad de carácter psicológico, físico y verbal hacia la persona lastimando su integridad.	Cualitativo	Nominal	Si No	Si no	Ficha de recolección de datos
Controles prenatales	Evaluaciones que recibe la gestante durante los 9 meses de carácter obligatorio para tener	Estimar gestante controlada aquella con más de 6 controles más control	Cuantitativo	Razón	Sin control. Mayor a 6 Menor a 6 Control reenfocado.	Sin control Mayor a 6 Menor a 6 Nutrición Odontología	Ficha de recolección de datos

	una vigilancia optima del desarrollo del embarazo. Se realiza de manera mensual, quincenal y posterior a semanas en los últimos meses del embarazo.	renfocado. Cuenta Y mal controlada con menos de 6.				Psicología Medico obstetra.	
Paridad	Número de hijos de la mujer contando aborto	Número de hijos de la mujer contando aborto	Cualitativo	Nominal	Formula obstétrica	Formula obstétrica	Ficha de recolección de datos
Abortos	Aquellas gestaciones que no llegaron a las 22 semanas de gestación	Aquellas gestaciones que no llegaron a las 22 semanas de gestación, para entrar en el rango de la investigación	Cuantitativo	Razón	Formula obstétrica	0 1 2 3 4	Ficha de recolección de datos
Periodo intergenésico	Es el intervalo de tiempo desde el término de una gestación al inicio de otro	Menor a 2 años es periodo intergenésico corto Mayor a 5 años periodo intergenésico largo	Cualitativo	Nominal	Corto Largo	Menor a 2 años Mayor a 5 años.	Ficha de recolección de datos.

Infección durante la gestación	Las infecciones urinarias según la OMS la infección urinaria en el embarazo es un proceso infeccioso que resulta de la invasión y desarrollo de bacterias en el tracto urinario que pueden traer consigo repercusiones maternas y fetales.			Nominal	No No se hizo Urinaria Genital VIH RPR	No No se hizo Urinaria Genital VIH RPR	Ficha de recolección de datos
Trastorno hipertensivo del embarazo	Hipertensión arterial crónica: Preeclampsia – eclampsia: HTA Gestacional: Preeclampsia sobreimpuesta a la HTA crónica:	Hipertensión arterial crónica: Preeclampsia – eclampsia: HTA Gestacional: Preeclampsia sobreimpuesta a la HTA crónica:	Cualitativo	Ordinal	Si No	Hipertensión arterial crónica: Preeclampsia – eclampsia: HTA Gestacional: Preeclampsia sobreimpuesta a la HTA crónica:	Ficha de recolección de -
Hemorragia (primera y segunda mitad del embarazo).	Es el sangrado durante el embarazo dividido en 2 hemorragia de la	Primera mitad del embarazo	Cualitativo	Ordinal	No hizo Primera mitad del embarazo		Ficha de recolección de datos

	primera y segunda mitad del embarazo	Segunda mitad del embarazo			Segunda mitad del embarazo		
Índice de masa corporal en la gestación	Es el resultado entre la división del peso y dos veces la estatura.	División entre el peso materno y dos veces la estatura.	Cuantitativo	Razón	Inicio del embarazo. Momento del óbito.	Bajo peso <19.8 Normal 19.8 a 26 Sobre peso 26-29 Obesidad >29	Ficha de recolección de datos.
Edad gestacional de mortinato	El momento acaecido de lo comúnmente se conoce óbito fetal	El término de la gestación de acuerdo a lo establecido	Cuantitativo	Razón	Mortalidad precoz de 22 a 28 semanas Mortalidad tardía de 28 semanas hasta el parto.	22-28 >28 SEMANAS	Ficha de recolección de datos.
Peso del feto	Es el valor del feto al momento de la evaluación del mortinato	El término de la gestación de acuerdo a lo establecido	Cuantitativo	Razón			Ficha de recolección de datos.
Sexo del feto	Determinación del producto al momento del examen del obito	El término de la gestación de acuerdo a lo establecido	Cualitativo	Nominal	Femenino Masculino	Femenino Masculino	Ficha de recolección de datos.
Trabajo de parto	Se define al cese de la gestación de manera eutócica o distocia	El término de la gestación de acuerdo a lo establecido	Cualitativo	Nominal	Eutócico Distócico	Eutócico Distócico	Ficha de recolección de datos.

Vacunaciones previas	Son las vacunas administradas antes de la gestación en el periodo de planificación.	Aquellas establecidas en el carnet prenatal	Cualitativo	Nominal	Rubeola Fiebre amarilla Papiloma virus Hepatitis Antitetánica	Si no	Ficha de recolección de datos.
Exámenes de laboratorio	Son aquellos exámenes de rutina pregestacional	De acuerdo a lo establecido en la ficha prenatal	Cualitativo	Nominal	Si No	Papanicolau Examen de esputo TORCH	Ficha de recolección de datos.
Ecografía en el embarazo	Exámenes de imagen que se realiza la gestante durante todo el embarazo	Al menos 3 ecografías durante el embarazo.	Cualitativo	Nominal	Si No	Si No	Ficha de recolección de datos.
Glicemia	Se define los niveles de glicemia por encima de 90mg/dl alto y de 60mg/dl bajos	Normal dentro de 60 a 80 mg/dL Anormal debajo y por encima de valor referencial	Cualitativo	Nominal	Normal Anormal	Normal Anormal No hizo	Ficha de recolección de datos.
Anemia	Es la disminución de la hemoglobina por debajo de 11mg/dL en gestantes	El término de la gestación de acuerdo a lo establecido	Cuantitativo	Intervalo	Severa < 7.0 Moderada 7.0 - 9.9 Leve 10.0 - 10.9 Normal ≥11	Severa < 7.0 Moderada 7.0 - 9.9 Leve 10.0 - 10.9 Normal ≥11	Ficha de recolección de datos.

ANEXO 2
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgos sociales de la gestante (edad, estado civil, grado de instrucción, hábitos nocivos) en el Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?</p> <p>Problema específico ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico para mortalidad fetal (Número control prenatal) de las gestantes en el servicio de</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores de mortalidad fetal del servicio de gineco obstetricia en el Hospital Regional de Pucallpa 2013-2018</p> <p>Objetivo específico Determinar los factores de riesgo sociales de la gestante (edad, estado civil, grado de instrucción, hábitos nocivos) en el Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.</p> <p>Identificar los factores de riesgo obstétrico para</p>	<p>Hipótesis general HI Los factores de riesgo en gestantes del Hospital Regional de Ucayali del 2013 al 2018 están asociados a la presencia de mortalidad fetal</p> <p>HO Los factores de riesgo en gestantes del Hospital Regional de Ucayali del 2013 al 2018 no están asociados a la presencia de mortalidad fetal</p> <p>Hipótesis específicas Los factores de riesgo sociodemográficos de la gestante (edad, estado civil, grado de instrucción,</p>	<p>Variable dependiente Mortalidad del feto</p> <p>Variable independiente Factores sociales y demográficos Factores maternos</p>	<p>El presente trabajo de investigación es descriptivo, ya que busca describir las características de los factores de riesgo relacionados a la muerte fetal.</p>	<p>La población será las gestantes que presentaron mortalidad fetal, en el servicio de gineco obstetricia del Hospital del 2013 al 2018.</p>

<p>ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo para mortalidad fetal de las gestantes con hemorragia en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo para mortalidad fetal en gestantes con trastorno hipertensivo en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?</p>	<p>mortalidad fetal (Número control prenatal) de las gestantes en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.</p> <p>Detallar los factores de riesgo para mortalidad fetal de las gestantes con hemorragia en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018</p> <p>Identificar los factores de riesgo para mortalidad fetal en gestantes con trastorno hipertensivo en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.</p>	<p>hábitos nocivos) en el Hospital Regional de Pucallpa del 2013 al 2018.</p> <p>Identificar los factores de riesgo obstétrico para mortalidad fetal (Número control prenatal) de las gestantes en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 al 2018.</p> <p>Determinar los factores de riesgo para mortalidad fetal de las gestantes con hemorragia en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018</p> <p>Identificar los factores de riesgo para mortalidad fetal en gestantes con trastorno hipertensivo en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 -2018.</p>	<p>Factores obstétricos</p>	<p>Y tipo retrospectivo porque se utilizarán las historias clínicas del Hospital en mención durante el periodo de tiempo establecido</p>	<p>Se realizará un muestro por conveniencia en el periodo a estudiar.</p>
---	---	--	-----------------------------	--	---

<p>¿Cuáles son los factores de riesgo en gestantes para mortalidad fetal en infección en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo para mortalidad fetal en los antecedentes ginecológicos y obstétricos (mala historia) en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018?</p>	<p>Determinar los factores de riesgo en gestantes para mortalidad fetal en infección y sepsis en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.</p> <p>Identificar los factores de riesgo para mortalidad fetal en los antecedentes ginecológicos y obstétricos (mala historia) en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018</p>	<p>Determinar los factores de riesgo en gestantes para mortalidad fetal en infección y sepsis en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.</p> <p>Identificar los factores de riesgo para mortalidad fetal en los antecedentes ginecológicos y obstétricos (mala historia) en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa del 2013 - 2018.</p>			
---	--	---	--	--	--

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Fecha: Hora De Recolección:

1. NUMERO DE HISTORIA CLINICA:

2. Edad:

- <15:
- 10 11 12 13 14
-
- 15-19:
- 20-24:
- 25-29:
- 30-34:
- >35:

3. Grado de instrucción.

- No realizo
- Primaria
Completa incompleta
- Secundaria
Completa incompleta
- Superior
universitaria no universitaria

4. Estado Civil:

- Soltera
- Casada

- Viuda
- Divorciada
- Conviviente

5. PROCEDENCIA:

- Rural
- Urbano
- urbano marginal

6. OCUPACIÓN:

- Su casa
- Dependiente
- independiente

7. VIOLENCIA:

SI
NO

8. HEMORRAGIA: SI NO
- I Mitad del embarazo
 - II Mitad del embarazo

9. INFECCIÓN DURANTE GESTACIÓN: SI NO

Infección genital

- Vih
- Rpr

Infección urinaria

Sepsis

I Trimestre

II Trimestre

III Trimestre

10. TRASTORNO HIPERTENSIVO DURANTE LA GESTACIÓN: SI NO

Hipertensión gestacional
Preeclampsia
Hipertensión crónica
Preeclampsia mas hipertensión crónica
eclampsia

11. CONTROLES PRENATALES

- Sin control
- <6
- > 6
- CPNR
Nutrición
Odontología
Psicología
Medico Obstetra

12. ECOGRAFÍAS DURANTE LA GESTACIÓN: SI NO

I Trimestre
II Trimestre
III Trimestre

13. NÚMERO DE EMBARAZO: G P

Nacidos vivos por:

Vía vaginal vía cesárea

14. ABORTOS ANTERIORES: SI NO

15. TALLA Y PESO DE LA GESTANTE AL MOMENTO DE PRESENTAR MUERTE FETAL:

....cm ... kg(i) kg(g)

IMC(i):

IMC(g):

16. EDAD GESTACIONAL DE LA MUERTE FETAL:

- 22 semanas – 28 semanas
- > 28 semanas.

17. SEXO DEL FETO:

- Masculino
- Femenino

18. PESO DEL FETO:

- 500- 999 gramos :
- 1000-1499 gramos :
- 1500-1999 gramos :
- 2000-2499 gramos :
- 2500- 3000 gramos :
- >3000 gramos :

19. TRABAJO DE PARTO:

- Eutócico :
- Distócico (cesárea) :

¿Por qué?.....

20. VACUNACIONES PREVIAS

- RUBEOLA SI NO
- HEPATITIS SI NO

- PAPILOMA VIRUS SI NO
- FIEBRE AMARILLA SI NO

21. EXAMENES LABORATORIOS

- GLICEMIA
- HEMOGLOBINA
- TORCH
- PAP
-