

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**Factores de riesgo asociados a óbitos fetales en usuarias atendidas en el Hospital
II EsSalud Pasco, Noviembre 2017 a Julio 2018**

Para optar el título profesional de:

Obstetra

AUTORAS: Bach. Mileidy Liliana CABALLERO VALENZUELA

Bach. Betsabé MIRANDA ARROYO

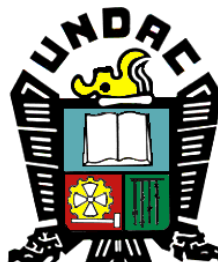
ASESOR: Mg. Samuel Eusebio ROJAS CHIPANA

Cerro de Pasco – Perú – 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**Factores de riesgo asociados a óbitos fetales en usuarias atendidas en el Hospital
II EsSalud Pasco, Noviembre 2017 a Julio 2018**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS
PRESIDENTE

Mg. Lola CHIRRE INOCENTE
MIEMBRO

Mg. Yolanda COLQUI CABELLO
MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios Creador, quien con su inmensurable amor y su benevolencia nos permite seguir el camino profesional;

A nuestros padres y a todas nuestras familias que siempre estuvieron junto a nosotras, celebrando nuestros logros y que siempre creyeron en nosotras.

Todo nuestro esfuerzo y con inmenso amor, para ustedes

Las Autoras

RECONOCIMIENTO

Eterna gratitud a la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, A la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia, que un día nos abrió el sendero de la superación, y hoy culminamos exitosamente nuestra formación profesional.

A nuestras maestras por sus consejos y enseñanzas.

Al Hospital II EsSalud Pasco, por permitirnos la experiencia pre profesional del internado.

Al asesor por su apoyo en la realización de la tesis.

Las Autoras

RESUMEN

La investigación cuyo título: "Factores de riesgo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018". El objetivo general: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018. La investigación es de tipo Básica – cuantitativa; su diseño: no experimental, de corte transversal. Se trabajó en una muestra constituida por 74 usuarias, seleccionadas entre los meses de noviembre 2017 y julio 2018. Para la recolección de información se empleó la ficha de registro, tomando a la historia clínica como fuente de registro de la atención de la usuaria. El procesamiento de la información y el tratamiento estadístico, se desarrolló a través del paquete estadístico SPSS v.24 y el Microsoft Excel 2016.

Luego de someter los datos hallados a prueba estadística con el estadístico inferencial, no paramétrico X^2 ; se determinó la existencia de relación estadística significativa entre las variables: factores de riesgo y Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018. La prueba estadística arrojó un valor $X^2_c = 42.172 > X^2_t = 5.99$ con nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ determinando la relación de dependencia entre ambas variables de estudio.

Palabras clave: óbito fetal, factores de riesgo.

ABSTRACT

The investigation whose title: Correlated risk factors Fetal demise in users attended at the Hospital II EsSalud Pasco, November 2017 to July 2018.

The general objective: Determining the existing relation between the correlated risk factors Fetal demise in users attended at the Hospital II EsSalud Pasco, November 2017 to July 2018 ”.

The investigation is of type Basic – quantitative; His design: Experimental, transverse- court no. It was worked up in a sign constituted by 74 users, selected candidates between the months of November 2017 and July 2018.

The data card was used for information retrieval, turning to the case history like source of record of the attention of the user. Information processing and the statistical treatment of the hypothesis, v.24 unrolled through the statistical parcel SPSS itself and the Microsoft Excel 2016.

Right after submitting the data found to statistical proof with the statistician inferencial, no parametric X^2 ; They determined statistical significant association's existence between the variables: Risk factors and Fetal demise in users attended at the Hospital II EsSalud Pasco, November 2017 to July 2018. The statistical proof yielded a value $X^2_c = 42.172 > X^2_t = 5.99$ with level of significancia of $\alpha = 0.05$ determining the relation of dependence between both variables of study.

Keywords: Fetal demise, risk factors.

INTRODUCCION

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⁾. En el mundo entero, se ha señalado que no menos de 3,9 millones de muertes intrauterinas ocurren cada año ⁽²⁾. En nuestro Perú, el último boletín epidemiológico del año 2017, reportó incidencia acumulada de 3 316 por cada 100 000 habitantes ⁽³⁾.

La muerte fetal es una de los escenarios más desconcertantes en la medicina, en la paciente embarazada y su familia; ya que sus factores que la desencadenan son de causas múltiples y a veces muy desconocidas, así como sus factores que las contribuyen.

El óbito fetal es definido como la ausencia de los latidos cardiacos, pulsaciones del cordón umbilical, ausencia de respiración espontánea y movimientos fetales, antes de la separación completa del cuerpo de la madre. No obstante, en ciertos países se considera aceptada esta definición desde que el feto pesa 350 g; en otros, el criterio es de 28 semanas o 1000 g de peso fetal⁽⁴⁾. En Chile se acepta desde las 20 semanas de gestación hasta el período del parto o desde que pesa 500 g,

considerándose como muerte fetal tardía, aquella que ocurre después de las 28 semanas o con un peso fetal superior a 1000 g⁽⁵⁾.

La regularidad y frecuencia de las muertes fetales, en los países desarrollados se ha reducido por la implementación de políticas de salud y normas para el manejo del embarazo de alto riesgo ⁽⁶⁾. Empero, desde hace algunos años, esta frecuencia fue estabilizándose.

La realidad en nuestro país, las tasas de mortalidad fetal tardía que se muestran, son de: 4,3 por 1 000 nacidos vivos⁽⁷⁾. En algunas regiones, las mayores tasas se observan en la VI, IX y XI regiones, y las menores en la XII, III y Metropolitana ⁽⁷⁾.

Si se realizan los diagnósticos y análisis respectivos; si la intervención y las evaluaciones fueran en el momento adecuado; más de la mitad de los casos de tales desenlaces, pueden evitarse, ello basándose en medidas de control preventivo a nivel primario, secundario y técnicas de vigilancia a nivel terciario.

Por tal razón, el Hospital II EsSalud Pasco, no es ajena a esta realidad, razón por la cual se desarrolla el presente trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo asociados a óbitos fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018”, el cual tiene por finalidad analizar y evaluar las causas y/o factores asociados a óbito fetal, Asimismo, contribuirá a identificar detalladamente el riesgo, y proponer su intervención desde el primer nivel de atención, lo cual es un paso muy importante para evitar complicaciones, y disminuir los costos en salud, a fin de disminuir los índices de morbi- mortalidad materno-fetal.

El presente informe final de investigación consta de nueve apartados; **Introducción, Capítulo I;** Problema de investigación, Identificación y determinación del problema, Delimitación de la investigación, Formulación del problema, Formulación de Objetivos, Justificación y Limitaciones. **Capítulo II; Marco Teórico,** Antecedentes de estudio. Bases teóricas – científicas, Definición de términos básicos, Formulación de Hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de términos. **Capítulo III: Metodología y Técnicas de Investigación,** Tipo de investigación, Método, Diseño, Población y muestra. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, Técnica de procesamiento y análisis de datos, Tratamiento estadístico, Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos, orientación ética. recolección de datos. **Capítulo IV: Resultados y Discusión,** Descripción del trabajo de campo, presentación, análisis e interpretación de los resultados, prueba de hipótesis, Discusión de resultados. **Conclusiones. Recomendaciones. Referencias Bibliográficas. Anexos.**

INDICE

	Página
CARÁTULA	
PÁGINAS PRELIMINARES	
Acta de Sustentación	II
Dedicatoria	III
Reconocimiento	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Introducción	VII
Índice	X

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y Determinación del problema	12
1.2 Delimitación de la Investigación	14
1.3 Formulación del problema	14
1.3.1 Problema General	14
1.3.2 Problemas Específicos	14
1.4 Formulación del Objetivos	15
1.4.1 Objetivo General	15
1.4.2 Objetivos Específicos	15
1.5 Justificación de la Investigación	16
1.6 Limitaciones de la Investigación	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	18
2.2. Bases teóricas – científicas	27
2.3. Definición de términos básicos	37

2.4.	Formulación de Hipótesis	37
2.4.1.	Hipótesis General	37
2.4.2.	Hipótesis Específicos	37
2.5.	Identificación de variables	38
2.6.	Definición Operacional de variables e indicadores	38

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1	Tipo de investigación	41
3.2	Método de Investigación	41
3.3	Diseño de Investigación	42
3.4	Población y muestra	43
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.6	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	45
3.7	Tratamiento estadístico	45
3.8	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos	45
3.9	Orientación ética	46

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Descripción del trabajo de campo	47
4.2	Presentación, análisis e interpretación de los resultados	47
4.3	Prueba de hipótesis	58
4.4	Discusión de Resultados	61

CONCLUSIONES 71

RECOMENDACIONES 74

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 76

ANEXOS 78

- Instrumentos de Recolección de datos
- Consentimiento informado
- Matriz de consistencia y Operacionalización de variables

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La muerte fetal u óbito fetal se define a la defunción de un producto de la concepción, el cual 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 o mayor a 500 gramos. La muerte fetal es identificada por el hecho que, después de la separación, el feto no ventila o no respira, tampoco evidencia alguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos de algunos de los músculos de contracción voluntaria ⁽⁸⁾.

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 ⁽⁹⁾.

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 ⁽⁸⁾. 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 ⁽¹⁰⁾.

Por todo ello, se decide ejecutar la investigación titulada "Factores de riesgo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018".

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II EsSalud de la ciudad de Cerro de Pasco, durante los meses de noviembre 2017 y julio 2018; período que abarca los meses de realización del internado en obstetricia de las tesis. El estudio se avoca a la identificación y asociación de los factores de riesgo presentes generales, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y parto, enfermedades no obstétricas asociadas a la presencia de Óbito Fetal en usuarias atendidas en dicho nosocomio.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018?

1.3.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo generales a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018?

- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo antecedentes obstétricos a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018?
- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018?
- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo enfermedades no obstétricas a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018?

1.4 FORMULACIÓN DEL OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la asociación entre los factores de riesgo generales y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018.
- Establecer la asociación entre los factores de riesgo antecedentes obstétricos y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018.

- Establecer la asociación entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018.
- Establecer la asociación entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Desde este punto de vista, el estudio contribuye al enriquecimiento del conocimiento científico en materia de salud pública, específicamente en lo referente al fomento de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con ello evitar complicaciones materno-perinatales en esta población susceptible a óbito fetal. Todo ello reforzado con las teorías, normas y directivas de la OMS y el Ministerios de Salud (MINSAs).

Asimismo, esta investigación va a servir de base para la realización de próximas investigaciones que se realicen en el ámbito de la salud.

1.5.2 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El estudio, desde este punto de vista, aporta los elementos necesarios para abordar la promoción, prevención e intervención inmediata en la población en riesgo de presentar complicaciones en ellas o en sus productos, en lo correspondiente al abordaje hacia el

control de factores que contribuyen a modificar las conductas y estilos de vida y/o control del riesgo y con ello disminuir las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

1.5.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El estudio, se fundamenta en los principios de la salud pública y la búsqueda de la calidad de vida con las condiciones mínimas necesarias, a través de la detección e intervención precoz de factores de riesgo, con ello, evaluar la relación existente entre los elementos condicionantes presentes que van a conllevar al diagnóstico de alto riesgo en la gestante, y promover la formulación y manejo de protocolos para usuarias con riesgo de óbito fetal.

Asimismo, en el estudio se utilizó las normas y directrices que guían las actividades del profesional obstetra con instrumentos validados y confiables que fueron utilizados por los organismos competentes internacionales y nacionales

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro del desarrollo del trabajo de investigación se pudo encontrar dificultades en las rotaciones establecidas por el departamento de obstetricia del Hospital II – EsSalud Pasco, para coincidir con los trabajos y/o atención de obstetricia que concluyeron en óbito fetal. Pero fueron superadas con la comunicación efectiva para poder concurrir al servicio por encontrarnos con disponibilidad de tiempo personal para elaborar el trabajo de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. INTERNACIONALES

- A. **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 ⁽¹¹⁾

B. 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 ⁽¹²⁾.

c. **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 ⁽¹³⁾.

d. **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 ⁽¹⁴⁾.

- E. **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 resolutive 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).

F. **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 ⁽¹⁵⁾.

G. 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]) ⁽¹⁶⁾.

2.1.2. NACIONALES

A. En nuestro país, en Huancavelica **Leyva L**, publicó 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 ⁽¹⁷⁾.

B. Por su parte, en Iquitos **Del Águila N**, publicó 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% presentó una edad

gestacional menor a 28 semanas, el 54.3% fueron de multípara, el 19.8% de gran multípara, 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 procedían 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 ⁽¹⁸⁾.

C. De igual manera, en la ciudad de Lambayeque, **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 ⁽¹⁹⁾.

D. 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 ⁽²⁰⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS

El estudio de incidencia de óbito fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, ha buscado comprenderse desde el análisis y evaluación de los distintos factores de riesgo, entre ellos los factores generales, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y parto, así como los factores no obstétricos asociados. No obstante, para comprender cada una de ellas, primeramente, es importante abordarlos teóricamente y definir algunos conceptos claves del tema de estudio. Entre los cuales se detallan a continuación:

I. ÓBITO FETAL

1. DEFINICIÓN

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 ⁽²¹⁾. En base a un criterio estadístico, tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima 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 gestación o una longitud coronilla – talon de 25 cm ⁽²¹⁾. 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)⁽²²⁾. 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 ⁽²³⁾. 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) ⁽²⁴⁾. 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 ⁽²⁵⁾.

2. FACTORES DE RIESGO MATERNO

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 ⁽²⁶⁾. 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 ⁽²⁷⁾.

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 ⁽²⁸⁾.

3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS – GENERALES

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 ⁽²⁹⁾. 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 ⁽³⁰⁾.

- **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) ⁽³¹⁾. 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 ⁽³²⁾.

- **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 ⁽³³⁾. La OMS indica que cuatro visitas prenatales pueden tener un impacto positivo

en el resultado del embarazo ⁽³⁴⁾. 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 ⁽³⁵⁾. 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 ⁽³¹⁾.

4. 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 ⁽³⁰⁾. 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 ⁽³¹⁾.

- **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) ⁽³⁶⁾.

- **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 ⁽²⁹⁾.

5. CON MORBILIDAD 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 ⁽³⁷⁾.

Existe una relación entre la gestación y las patologías del aparato urinario tanto las preexistentes al embarazo como las aparecidas durante el mismo ⁽³⁸⁾, 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 ⁽³⁹⁾.

- **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 ⁽⁴⁰⁾.

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 ⁽⁴⁰⁾. 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 ⁽⁴¹⁾.

- **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 Sánchez 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 ⁽⁴²⁾, 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 ⁽⁴³⁾.

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% ⁽⁴⁴⁾.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1 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

2.3.2 FACTORES DE RIESGO DE ÓBITO FETAL:

Es toda aquella cualidad o circunstancia que se puede identificar en una persona (embarazo, parto, feto) o grupos de personas, el cual se relaciona a una posibilidad mayor de sufrir un daño ⁽⁴⁵⁾

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS

- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo generales y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018

- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo antecedentes obstétricos y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018
- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018
- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 y julio 2018.

2.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

2.5.1 **Independiente:** Factores de riesgo

2.5.2 **Dependiente:** Óbito Fetal

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES E INDICADORES

2.6.1 VARIABLE: FACTORES DE RIESGO

Definición conceptual:

Es toda característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, feto) o grupos de personas que se asocia a una probabilidad mayor de sufrir un daño (OMS 2012).

Definición operacional:

Presencia de factores generales, obstétricos, embarazo, parto y no obstétricas presentes en las usuarias que aumentan la probabilidad de óbito fetal.

2.6.2 VARIABLE: ÓBITO FETAL**Definición conceptual:**

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.

Definición operacional:

Es la presencia o ausencia de muerte fetal valorado a través del diagnóstico registrado en la respectiva historia clínica.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala
FACTORES DE RIESGO	A. GENERALES	1. Edad 2. Instrucción 3. Procedencia 4. Estado nutricional 5. Ingreso económico/dependencia 6. Carga familiar 7. Ocupación 8. Hábitos nocivos	Nominal/ ordinal
	B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	1. Número de embarazo - Paridad 2. Atención prenatal 3. Patologías anteriores 4. Embarazos múltiples 5. Período intergenésico 6. Edad gestacional	Nominal/ ordinal
	C. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	1. Hemorragias 2. Pre eclampsia 3. Sufrimiento fetal Agudo 4. Ruptura prematura de membrana 5. Desproporción céfalo - pélvica 6. Distocias 7. Anomalías de canal pélvico 8. Anomalías de contracción 9. Anomalías de feto y anexos	Nominal
	D. ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADAS	1. Infección Urinaria 2. Otras infecciones 3. Anemia 4. Sobre peso/ Obesidad	Nominal/ Ordinal
Óbito Fetal	1. Presente 2. Ausente	1. Si 2. No	Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tomando a Hernández Sampieri ⁽⁴⁶⁾. El estudio se enmarca en el tipo de investigación:

Descriptivo, porque registra los datos tal y como se presentan en la realidad, poniendo de manifiesto las características actuales de las variables.

Correlacional, porque permite determinar la relación existente entre las variables de estudio: factores de riesgo asociado a óbito fetal en las usuarias atendidas

Prospectivo, porque la investigación se realiza a partir de, a través del tiempo; en adelante.

Observacional, porque en el desarrollo de la investigación, no existe manipulación de variable alguna

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se utilizó los métodos generales de análisis - síntesis e inductivo – deductivo. Como método auxiliar se aplicó el método Estadístico, el cual se basa en el empleo de números, agrupación de los mismos, la comparación de los hechos y la utilización

de datos recogidos para formular leyes. Su base metódica radica en el empleo de números para señalar y presentar los hechos investigados, los que a su vez podrán ser agrupados, clasificados y presentados.

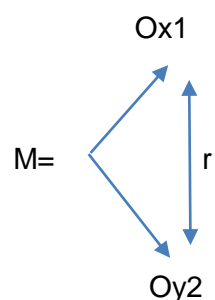
Las conclusiones fueron plasmadas a través de la estadística inferencial, con la prueba de correlación de variables, utilizando la Prueba estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada.

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño empleado para responder a las preguntas planteadas y comprobar las hipótesis de la investigación, se empleó el diseño No Experimental con corte transversal, recolectando datos en un tiempo único y sin manipulación de variable alguna ⁽⁴⁶⁾.

A través de este diseño nos proponemos indagar los factores de riesgo manifestados en las usuarias asociadas a la presencia de óbito fetal, para posteriormente analizar la relación existente entre ellas.

Esquema del diseño:



X: Variable: Factores de riesgo

Y: Variable: Presencia de óbito fetal

Interpretando el diagrama tenemos:

M: Muestra de la población

X: Factores de riesgo

Y: Óbito Fetal

01: Observación a variable factores de riesgo

02: Observación a variable óbito fetal

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Teniendo en cuenta la definición de población como el conjunto de los elementos del cual se quiere investigar. La población para el presente estudio lo conforman las 220 usuarias cesareadas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018.

MUESTRA

Tomando a Hernández Sampieri ⁽⁴⁶⁾, se define muestra al subconjunto de la población, el mismo que debe ser seleccionado para integrar el estudio. En la investigación que presentamos, la muestra está constituida por 74 usuarias en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes con diagnóstico de óbito fetal
- Disponibilidad de información en la historia clínica
- Gestantes con atención en el Hospital II EsSalud - Pasco en el período comprendido de noviembre 2017 y julio 2018
- Gestantes que dieron consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Disponibilidad de información en la historia clínica

- Gestantes sin historia clínica compatible o incompleta para el estudio
- Gestantes con complicaciones en el embarazo o parto
- Gestantes que no dieron consentimiento informado

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas de recolección de datos.

Tomando a Tamayo ⁽⁴⁷⁾ (2004) “es la parte operativa del diseño investigativo. Hace referencia al procedimiento, condiciones y lugar de la recolección de datos” (p. 211).

El estudio utiliza la técnica de la encuesta y el registro, que según Tamayo y Tamayo ⁽⁴⁷⁾ (2004) “Es aquella que lee el encuestado, la serie de interrogantes y/o ítems cuya característica es la estructuración, planificación y completadas por un encuestador frente a quien va respondiendo” (p. 212). El registro, para recabar información de las historias clínicas de todas y cada una de las usuarias durante el período noviembre 2017 a julio 2018.

Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por el investigador; luego la información recolectada fue ingresada en el programa de Excel y analizada en el programa SPSS.

3.5.2 Instrumento de recolección de datos

3.5.2.1. Instrumento para medir las variables

Se utilizó la Ficha de Registro para recabar la información que se consigna en la historia clínica perinatal e historia clínica

hospitalaria de todas y cada una de las unidades de análisis de la presente investigación.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

3.6.1. Aplicación de los instrumentos.

Se tomó la historia clínica perinatal y hospitalaria de las usuarias en el área de Gineco Obstetricia para realizar el registro de los datos en el instrumento correspondiente

3.7 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24; como también el programa Excel 2016.

Por la naturaleza de las variables de estudio, para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística inferencial a través de la Chi cuadrada, con ello determinar el grado de asociación entre nuestras variables de estudio.

3.8 SELECCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

3.8.1. Validez por juicio de expertos:

Hernández et al (2010) manifestó que: “La eficacia de un instrumento, a través del cual mide una variable (p.201) ⁽⁴⁶⁾

En el presente estudio, empleamos la historia clínica perinatal y la historia clínica hospitalaria, los cuales son instrumentos validados por los organismos nacionales e internacionales.

3.9 ORIENTACIÓN ÉTICA

Las autoras de la presente investigación, fueron parte de la institución de salud como es el Hospital II EsSalud Pasco, en calidad de Internas de Obstetricia durante el período noviembre 2017 a julio 2018. Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe de tesis, son datos reales y recabados de fuente primaria, con el consentimiento informado de las usuarias sometidas a estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo fue desarrollado durante los meses de noviembre 2017 y julio 2018, período de tiempo en que las autoras de la presente investigación, fueron parte del Hospital II EsSalud Pasco en calidad de Internas de Obstetricia; Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe fueron recabados de fuente primaria durante el período de atención y el de recuperación.

4.2 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados usando la estadística descriptiva a través de cuadros, gráficos para mejor visualización de los datos hallados y la mejor interpretación y análisis y comprensión. Para luego, utilizar la estadística inferencial, que, a través de la prueba estadística no paramétrica X^2 , realizar la prueba de hipótesis respectiva:

CUADRO N° 01

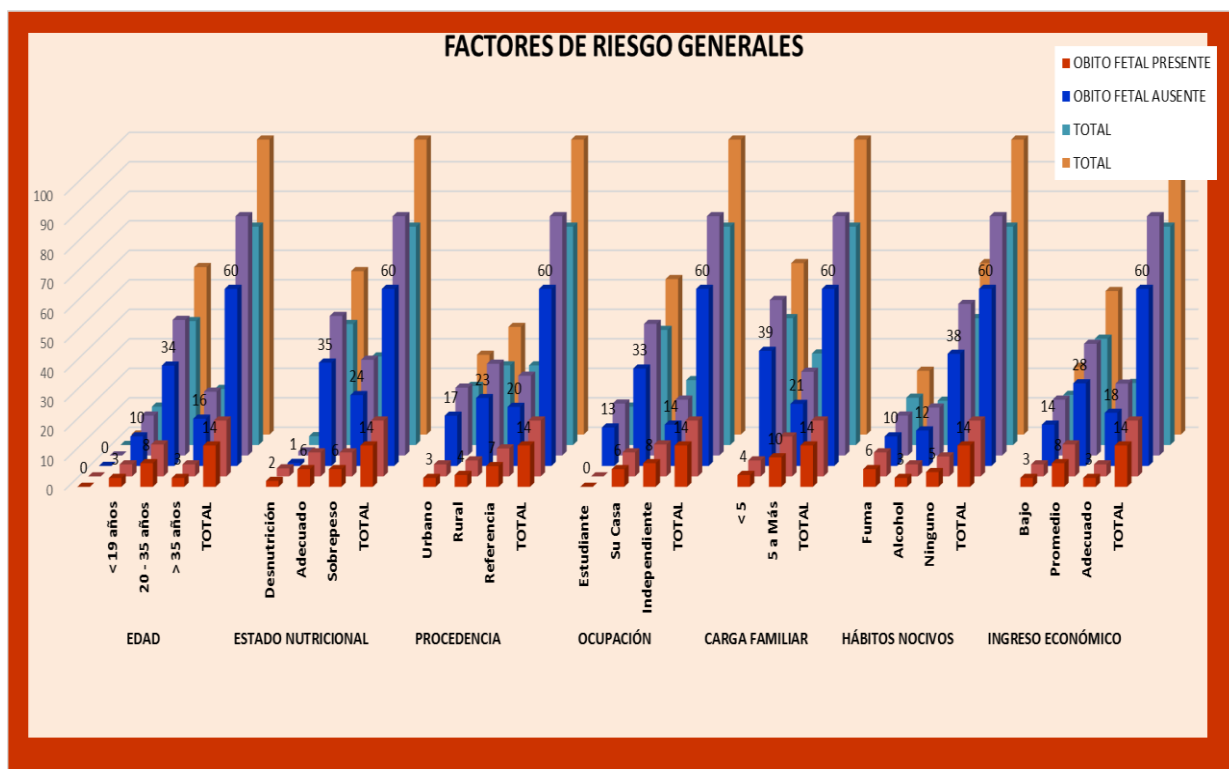
**FACTORES DE RIESGO GENERALES ASOCIADO A OBITOS FETALES
EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO,
NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018**

FACTORES DE RIESGO GENERALES		OBITO FETAL				TOTAL	
		PRESENTE		AUSENTE			
EDAD		fi	%	fi	%	fi	%
VALIDOS	< 19 años	3	4.05	10	13.51	13	17.57
	20 - 35 años	8	10.81	34	45.95	42	56.76
	> 35 años	3	4.05	16	21.62	19	25.68
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
ESTADO NUTRICIONAL		fi	%	fi	%	fi	%
VALIDOS	Desnutrición	2	2.70	1	1.35	3	4.05
	Adecuado	6	8.11	35	47.30	41	55.41
	Sobrepeso	6	8.11	24	32.43	30	40.54
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
PROCEDENCIA		fi	%	fi	%	fi	%
VALIDOS	Urbano	3	4.05	17	22.97	20	27.03
	Rural	4	5.41	23	31.08	27	36.49
	Referencia	7	9.46	20	27.03	27	36.49
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
OCUPACIÓN		fi	%	fi	%	fi	%
VALIDOS	Estudiante	0	0.00	13	17.57	13	17.57
	Su Casa	6	8.11	33	44.59	39	52.70
	Independiente	8	10.81	14	18.92	22	29.73
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
CARGA FAMILIAR		fi	%	fi	%	fi	%
VALIDOS	< 5	4	5.41	39	52.70	43	58.11
	5 a Más	10	13.51	21	28.38	31	41.89
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
HÁBITOS NOCIVOS		fi	%	fi	%	fi	%
VALIDOS	Fuma	6	8.11	10	13.51	16	21.62
	Alcohol	3	4.05	12	16.22	15	20.27
	Ninguno	5	6.76	38	51.35	43	58.11
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
INGRESO ECONÓMICO		fi	%	fi	%	fi	%
VALIDOS	Bajo	3	4.05	14	18.92	17	22.97
	Promedio	8	10.81	28	37.84	36	48.65
	Adecuado	3	4.05	18	24.32	21	28.38
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 01

FACTORES DE RIESGO GENERALES ASOCIADO A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 01, se evidencian los factores de riesgo generales asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018; del cual podemos extraer lo siguiente:

La edad más frecuente en las usuarias, está comprendida en aquellas que tienen entre 20 – 35 años en un 56.76% (42), comparado con las que tienen mayor a 35 años en un 25,68% (19), y de las que tienen menos de 19 años

en un 17.57% (13). El estado nutricional que presentan las usuarias, en el 55.41% (41) son adecuadas; mientras que el 40,54% (30) presenta sobrepeso; y se observa también que el 4.05% (3) presenta desnutrición leve.

De la misma manera, se observa que las usuarias en un 36.49% (27) proceden de la zona rural y/o son referidas de otros establecimientos; en tanto que en el 27.03% (20) proceden de zona urbana. Asimismo, el 52.70% (39) de las usuarias se dedican a su hogar; mientras que el 29.73% (22) tienen labores independientes, y el 17.57% (13) estudian. En cuanto a la carga familiar, el 85.11% (43) tiene menor a 5; y el 41.89% (31) tiene una carga familiar mayor a 5.

Se observa también que, el 58.11% (43) no refiere hábito nocivo alguno; mientras que, el 21.62% (16) refiere consumo de tabaco y el 20.27% (15) refiere consumo de alcohol. Por otra parte, se observa que el ingreso económico familiar mensual en el 48.65% (36) es promedio, mientras que en el 28.38% (21) es adecuado; y, en el 22.97% (17) es bajo.

Por lo tanto, al analizar los factores generales de riesgo, se evidencia la presencia de edad mayor a 35 años en un 25.68% y menor de 19 años en un 17.57%. Asimismo, el 40.54% de las usuarias presenta sobrepeso. De la misma manera, el 36.49% procede de referencia de otros establecimientos de salud y/o de zona rural. El 41.89% tienen carga familiar de 5 o más miembros en la familia; El 21.62% presenta hábitos de fumar y el 20.27% consumo de alcohol. En tanto que, el 22.97% refiere que su ingreso económico familiar mensual es bajo.

CUADRO N° 02

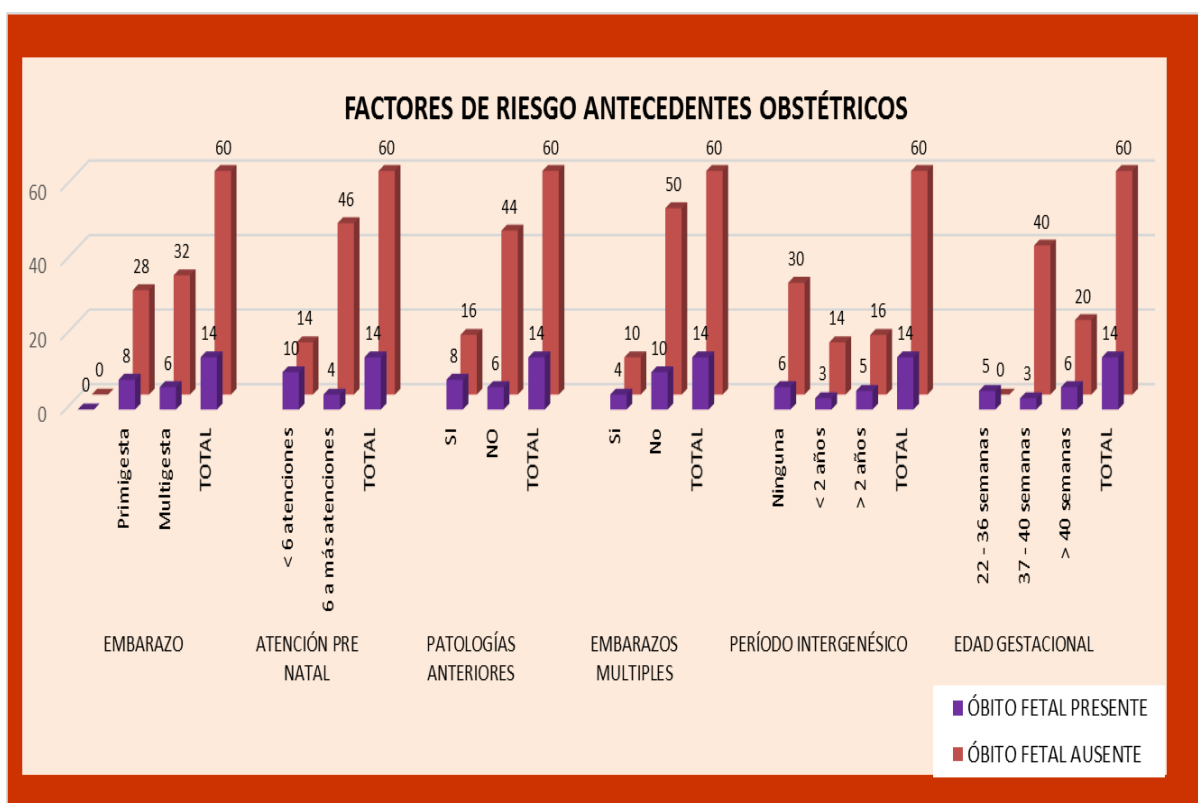
**FACTORES DE RIESGO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS
A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II
ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018**

FACTORES DE RIESGO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		ÓBITO FETAL				TOTAL	
		PRESENTE		AUSENTE			
		fi	%	fi	%	fi	%
EMBARAZO							
VÁLIDOS	Primigesta	8	10.81	28	37.84	36	48.65
	Multigesta	6	8.11	32	43.24	38	51.35
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
ATENCIÓN PRE NATAL		fi	%	fi	%	fi	%
VÁLIDOS	< 6 atenciones	10	13.51	14	18.92	24	32.43
	6 a más atenciones	4	5.41	46	62.16	50	67.57
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
PATOLOGÍAS ANTERIORES		fi	%	fi	%	fi	%
VÁLIDOS	SI	8	10.81	16	21.62	24	32.43
	NO	6	8.11	44	59.46	50	67.57
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
EMBARAZOS MÚLTIPLES		fi	%	fi	%	fi	%
VÁLIDOS	Si	4	5.41	10	13.51	14	18.92
	No	10	13.51	50	67.57	60	81.08
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
PERÍODO INTERGENÉSICO		fi	%	fi	%	fi	%
VÁLIDOS	Ninguna	6	8.11	30	40.54	36	48.65
	< 2 años	3	4.05	14	18.92	17	22.97
	> 2 años	5	6.76	16	21.62	21	28.38
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00
EDAD GESTACIONAL		fi	%	fi	%	fi	%
VÁLIDOS	22 - 36 semanas	5	6.76	0	0.00	5	6.76
	37 - 40 semanas	3	4.05	40	54.05	43	58.11
	> 40 semanas	6	8.11	20	27.03	26	35.14
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 02

FACTORES DE RIESGO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A ÓBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 02, se evidencian los factores de riesgo antecedentes obstétricos asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018; del cual podemos extraer lo siguiente:

De las usuarias en estudio, se evidencia que en mayor porcentaje 51.35% (38) es multigesta, mientras que el 48.65% (36) primigestas. En cuanto al número de atenciones prenatales, se registra que el 67.57% (50) tuvo de 6 o más atenciones; mientras que el 32.43% (24) tuvo menos de 6 atenciones.

De la misma manera, se observa que, el 67.57% (50) de las usuarias refiere no haber tenido antecedente alguno de patología; mientras que el 32.43% (24) refiere que si las tuvo.

La condición de haber tenido embarazos múltiples, se observa que el 81.08% (60) no presentó tal condición; mientras que el 18.92% (14) si tuvo embarazo múltiple.

Respecto al período intergenésico, se observa que en el 28.38% (21) fue de mayor a 2 años; en tanto que en el 22.97% (17) fue menor a 2 años. Asimismo, no se presenta esta condición en el 48.65% (36) por su condición de primigestas.

Respecto a edad gestacional, se registra que el 58.11% (43) tuvo de 37 a 40 semanas de gestación; mientras que el 35.14% (26) tuvo mayor a 40 semanas; y el 6.76% (05) tuvo entre 22 y 36 semanas de gestación.

Por lo tanto, al analizar los factores de riesgo antecedentes obstétricos, se evidencia que, el 48.65% es Primigesta. El 32.43% tuvo menos de 6 atenciones prenatales. De la misma manera, el 32.43% presenta antecedentes de patología anterior. El 18.92% presentó embarazos múltiples. Y, el 22.97% tiene período intergenésico menor a 2 años.

CUADRO N° 03

FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADOS A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018

FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO		ÓBITO FETAL				TOTAL	
		PRESENTE		AUSENTE			
		fi	%	fi	%	fi	%
VÁLIDOS	Hemorragias	1	1.35	4	5.41	5	6.76
	Preeclampsia	4	5.41	28	37.84	32	43.24
	Sufrimiento fetal agudo	2	2.70	1	1.35	3	4.05
	Ruptura prematura de membrana	5	6.76	12	16.22	17	22.97
	Desproporción céfalo- pélvica	2	2.70	15	20.27	17	22.97
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 03

FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADOS A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 03, se evidencian los factores de riesgo complicaciones del embarazo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018; del cual podemos extraer lo siguiente:

En las usuarias en estudio, entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo, se evidencia una mayor presencia de preeclampsia en un 43.24% (32); en tanto que, la presencia de ruptura prematura de membrana y desproporción céfalo-pélvica se manifiesta en un 22.97% (17). Se observa también que, el sufrimiento fetal agudo se presentó en el 4.05% (03); mientras que las hemorragias se presentaron en el 6.76% (05) de las usuarias.

CUADRO N° 04

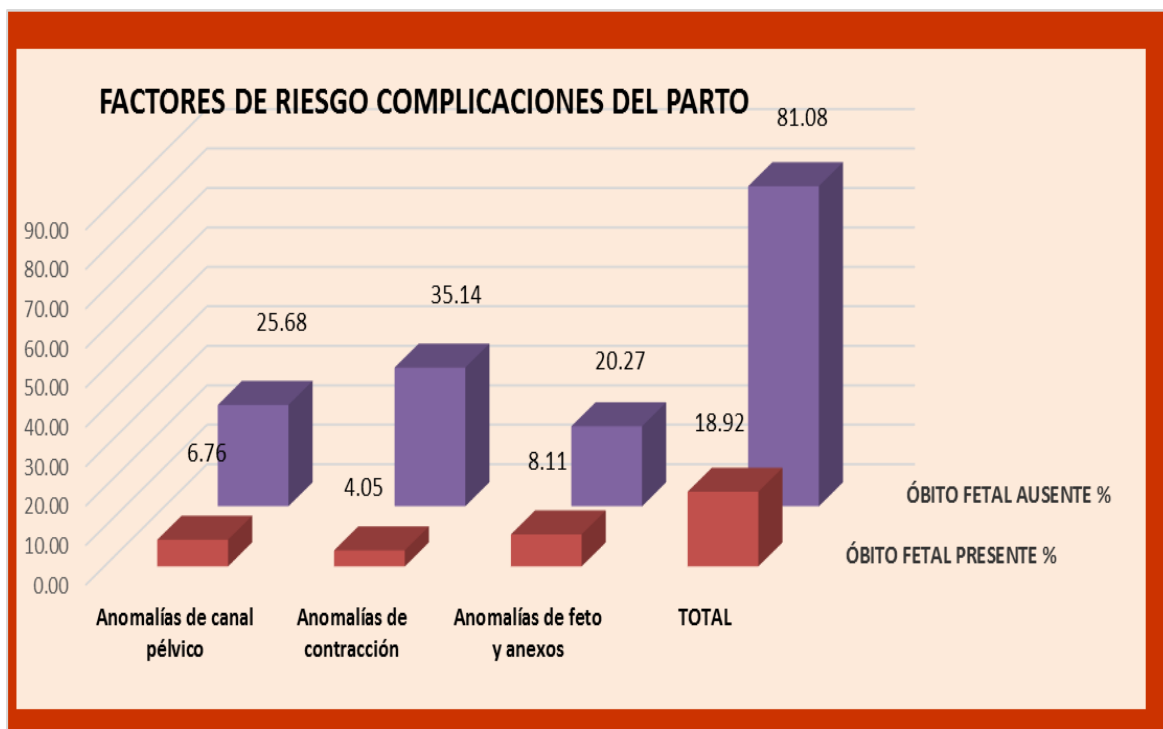
FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL PARTO ASOCIADOS A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018

FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL PARTO		ÓBITO FETAL				TOTAL	
		PRESENTE		AUSENTE			
		Fi	%	fi	%	fi	%
VÁLIDOS	Anomalías de canal pélvico	5	6.76	19	25.68	24	32.43
	Anomalías de contracción	3	4.05	26	35.14	29	39.19
	Anomalías de feto y anexos	6	8.11	15	20.27	21	28.38
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 04

FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL PARTO ASOCIADOS A ÓBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 04, se evidencian los factores de riesgo complicaciones del parto asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018; del cual podemos extraer lo siguiente:

En las usuarias en estudio, entre los factores de riesgo complicaciones del parto, se evidencia entre las distocias, una mayor presencia de anomalías de contracción en un 39.19%; mientras que las anomalías del canal pélvico se presentan en el 32.43%; y la presencia de anomalías del feto y anexos se presentaron en el 28.38% de las usuarias.

CUADRO N° 05

FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADOS A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018

FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADAS		ÓBITO FETAL				TOTAL	
		PRESENTE		AUSENTE			
		fi	%	fi	%	fi	%
VÁLIDOS	Infección Urinaria	4	5.41	12	16.22	16	21.62
	otras afecciones	1	1.35	18	24.32	19	25.68
	Obesidad	2	2.70	24	32.43	26	35.14
	Anemia	7	9.46	6	8.11	13	17.57
	TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 05

FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADOS A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 05, se evidencian los factores de riesgo Enfermedades no obstétricas asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018; del cual podemos extraer lo siguiente:

Se puede evidenciar dentro de los factores de riesgo enfermedades no obstétricas, una alta incidencia de obesidad en un 35.14% entre las usuarias. En tanto que, la presencia de Infección urinaria se manifiesta en el 21.62% de ellas; así como la presencia Anemia en el 17.57% de las usuarias; y en el 25.68% (19) la presencia de otras infecciones.

4.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis general de la investigación

Ho: No Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, 2017

Ha: Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, 2017

Al someter las variables de estudio Factores de riesgo asociado a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018, al respectivo contraste hipotético, haciendo uso de la técnica estadística inferencial no paramétricas de la Chi Cuadrada; se

procede a hallar los valores de la X^2_c y la X^2_t respectivamente a través del siguiente cuadro estadístico:

CUADRO N° 06

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018

VÁLIDOS	FACTORES DE RIESGO	ÓBITO FETAL				TOTAL	
		PRESENTE		AUSENTE		fi	%
		fi	%	fi	%		
ALTO	12	16.22	4	5.41	16	21.62	
MODERADO	2	2.70	32	43.24	34	45.95	
BAJO	0	0.00	24	32.43	24	32.43	
TOTAL	14	18.92	60	81.08	74	100.00	

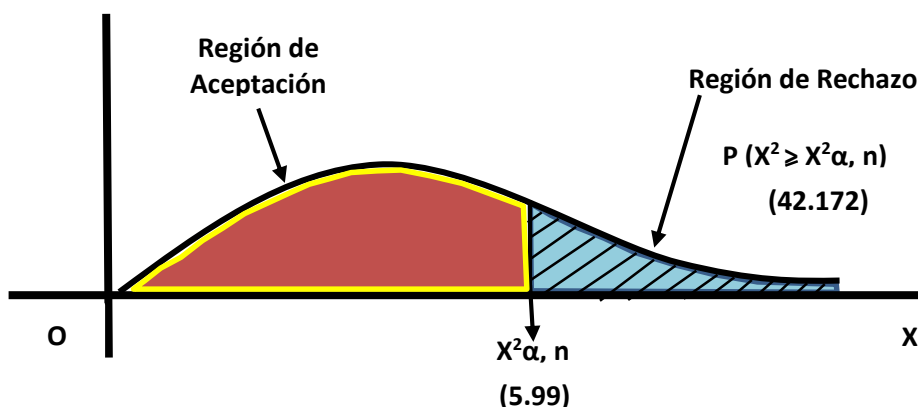
FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

Se procedió al **Análisis Estadístico** correspondiente, hallando según el programa SPSS v 24:

Análisis estadísticos	Valor	gl
χ^2_c	42.172 ^a	2
χ^2_t	5.99	
N° de casos válidos	74	
α	0.05	

Para proceder a tomar la **DECISIÓN**:

Región Crítica:



$$X^2_c = 42.172 > X^2_t = 5.99 \text{ (gl = 2, } \alpha = 0.05)$$

Si $X^2_c > X^2_t \rightarrow$ Ho: Se rechaza

Ha: Se acepta

GRÁFICO N° 06

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A OBITOS FETALES EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II ESSALUD PASCO, NOVIEMBRE 2017 A JULIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 06, se evidencian los factores de riesgo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018; del cual podemos extraer lo siguiente:

En el estudio se evalúan los factores de riesgo generales, del embarazo, parto, antecedentes obstétricos y aquellos que no son propiamente

obstétricos. Observándose moderada presencia de estos factores de riesgo en un 45.95%. Asimismo, la presencia de riesgo fue bajo en el 32.43% de las usuarias; mientras que, en el 21.62% se registró una presencia alta de estos factores de riesgo.

En el estudio se pudo percibir que la presencia de casos de óbitos fetales en el 18.92% de las usuarias sometidas a estudio.

Al concluir nuestro estudio, y Luego de hallar por intermedio de la X^2 y su fórmula correspondiente, a través de las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas, una $X^2_c = 42.172$ y una $X^2_t = 5.99$, con 2 grados de libertad y nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Y evaluando los valores hallados de la X^2 , rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna al encontrarse una $X^2_c > X^2_t$, confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, factores de riesgo asociado a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018.

4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio realizado en 74 usuarias atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II EsSalud Pasco. Se evidenció La edad más frecuente en las usuarias, está comprendida en aquellas que tienen entre 20 – 35 años en un 56.76% (42), comparado con las que tienen mayor a 35 años en un 25,68% (19), y de las que tienen menos de 19 años en un 17.57% (13). El estado nutricional que presentan las usuarias, en el 55.41% (41) son adecuadas; mientras que el 40,54% (30) presenta sobrepeso; y se observa también que el 4.05% (3) presenta desnutrición leve.

Así como en diversos estudios realizados, Jurado D, et al, en su estudio analítico observacional “Determinantes sociodemográficos y clínicos asociados a mortalidad fetal intrauterina en el municipio de Pasto, 2010-2012”, encontró que, 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) disminuyó 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 entre ellas, antecedente obstétrico, abortos previos, paridad, controles prenatales, anticoncepción, edad materna) mostraron asociación estadística con muerte fetal intrauterina⁽¹¹⁾.

Por su parte, Carreño C en 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”, 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 ⁽¹²⁾.

En tanto que, en nuestra investigación, dentro de los factores de riesgo antecedentes generales, se observa que las usuarias en un 36.49% (27) proceden de la zona rural y/o son referidas de otros establecimientos; en tanto que en el 27.03% (20) proceden de zona urbana. Asimismo, el 52.70% (39) de las usuarias se dedican a su hogar; mientras que el 29.73% (22) tienen labores independientes, y el 17.57% (13) estudian. En cuanto a la carga familiar, el 85.11% (43) tiene menor a 5; y el 41.89% (31) tiene una carga familiar mayor a 5.

Se observa también que, el 58.11% (43) no refiere hábito nocivo alguno; mientras que, el 21.62% (16) refiere consumo de tabaco y el 20.27% (15) refiere consumo de alcohol. Por otra parte, se observa que el ingreso económico familiar mensual en el 48.65% (36) es promedio, mientras que en el 28.38% (21) es adecuado; y, en el 22.97% (17) es bajo.

Por lo tanto, al analizar los factores generales de riesgo, se evidencia la presencia de edad mayor a 35 años en un 25.68% y menor de 19 años en un 17.57%. Asimismo, el 40.54% de las usuarias presenta sobrepeso. De la misma manera, el 36.49% procede de referencia de otros establecimientos de salud y/o de zona rural. El 41.89% tienen carga familiar de 5 o más miembros en la familia; El 21.62% presenta hábitos de fumar y el 20.27%

consumo de alcohol. En tanto que, el 22.97% refiere que su ingreso económico familiar mensual es bajo.

Estudios similares se registran también en nuestro país; es así que, Moreno N, en su estudio “Factores que se asocian a la muerte fetal intrauterina presentados en el Hospital María Auxiliadora del cono sur de Lima - 2011” 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 ⁽²⁰⁾.

Por su parte, Del Águila N, 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” 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 procedían 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 ⁽¹⁸⁾.

Por su parte, estudios realizados por Stormdal Bring H, Hulthén Varli IA, Kublickas M, Papadogiannakis N y Pettersson K, en su estudio de cohortes realizado en Estocolmo y titulado "Causes of stillbirth at different gestational ages in singleton pregnancies". Reporta que, la causa más frecuente de MF (muerte fetal) 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 \geq 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 ⁽¹⁴⁾.

La información recolectada, de las atenciones a las usuarias respecto al riesgo factores obstétricos, reportamos que, en mayor porcentaje 51.35% (38) es multigesta, mientras que el 48.65% (36) primigestas. En cuanto al número de atenciones prenatales, se registra que el 67.57% (50) tuvo de 6 o más atenciones; mientras que el 32.43% (24) tuvo menos de 6 atenciones.

De la misma manera, se observa que, el 67.57% (50) de las usuarias refiere no haber tenido antecedente alguno de patología; mientras que el 32.43% (24) refiere que si las tuvo.

La condición de haber tenido embarazos múltiples, se observa que el 81.08% (60) no presentó tal condición; mientras que el 18.92% (14) si tuvo embarazo múltiple.

Respecto al período intergenésico, se observa que en el 28.38% (21) fue de mayor a 2 años; en tanto que en el 22.97% (17) fue menor a 2 años. Asimismo, no se presenta esta condición en el 48.65% (36) por su condición de primigestas.

Respecto a edad gestacional, se registra que el 58.11% (43) tuvo de 37 a 40 semanas de gestación; mientras que el 35.14% (26) tuvo mayor a 40 semanas; y el 6.76% (05) tuvo entre 22 y 36 semanas de gestación.

Por lo tanto, al analizar los factores de riesgo antecedentes obstétricos, se evidencia que, el 48.65% es Primigesta. El 32.43% tuvo menos de 6 atenciones prenatales. De la misma manera, el 32.43% presenta

antecedentes de patología anterior. El 18.92% presentó embarazos múltiples. Y, el 22.97% tiene período intergenésico menor a 2 años.

En el estudio realizado por Molina S, Solano, A, Gómez, S, Rojas J y Acuña E. en su estudio “Caracterización de las muertes fetales y factores asociados en una institución latinoamericana de IV nivel de atención”, 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⁾

En las usuarias en estudio, entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo, se evidencia una mayor presencia de preeclampsia en un 43.24% (32); en tanto que, la presencia de ruptura prematura de membrana y desproporción céfalo-pélvica se manifiesta en un 22.97% (17). Se observa también que, el sufrimiento fetal agudo se presentó en el 4.05% (03); mientras que las hemorragias se presentaron en el 6.76% (05) de las

usuarias.

Por su parte, Vásquez N, en el Ecuador, en su tesis cuyo objetivo fue “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”, 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 ⁽¹⁵⁾.

En nuestro estudio, en la evaluación de los factores de riesgo complicaciones del parto, se evidencia entre las distocias, una mayor presencia de anomalías de contracción en un 39.19%; mientras que las anomalías del canal pélvico se presentan en el 32.43%; y la presencia de anomalías del feto y anexos se presentaron en el 28.38% de las usuarias.

En nuestro país, Leyva L, en Huancavelica en su estudio “Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en la región Huancavelica año 2013” 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 ⁽¹⁷⁾.

En nuestro estudio, se evidencia dentro de los factores de riesgo enfermedades no obstétricas, una alta incidencia de obesidad en un 35.14% entre las usuarias. En tanto que, la presencia de Infección urinaria se manifiesta en el 21.62% de ellas; así como la presencia Anemia en el 17.57% de las usuarias; y en el 25.68% (19) la presencia de otras infecciones.

En nuestro país, Fustamante C, en Chiclayo en su tesis de grado “Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque”, 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 ⁽¹⁹⁾.

En nuestro estudio, se evalúan los factores de riesgo generales, del embarazo, parto, antecedentes obstétricos y aquellos que no son propiamente obstétricos. Observándose moderada presencia de estos factores de riesgo en un 45.95%. Asimismo, la presencia de riesgo fue bajo

en el 32.43% de las usuarias; mientras que, en el 21.62% se registró una presencia alta de estos factores de riesgo.

En el estudio se pudo percibir que la presencia de casos de óbitos fetales en el 18.92% de las usuarias sometidas a estudio.

En el epílogo de nuestra investigación y someter los datos recogidos a tratamiento estadístico usando la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada; y, luego de procesar a través de las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas, se halló una $X^2_c = 42.172$ y una $X^2_t = 5.99$, con 2 grados de libertad y nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Y evaluando los valores hallados de la X^2 , rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna al encontrarse una $X^2_c > X^2_t$, confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, factores de riesgo asociado a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Entre los factores generales de riesgo se evidencia la presencia de edad mayor a 35 años en un 25.68% y menor de 19 años en un 17.57%. Asimismo, el 40.54% de las usuarias presenta sobrepeso. Por otro lado, el 36.49% procede de referencia de otros establecimientos de salud de menor complejidad y/o de zona rural. El 41.89% tienen carga familiar de 5 o más miembros en la familia; El 21.62% presenta hábitos de fumar y el 20.27% de consumo de alcohol. En tanto que, el 22.97% refiere que su ingreso económico familiar mensual es bajo.

SEGUNDA:

Respecto a los factores de riesgo antecedentes obstétricos, El 48.65% es Primigesta. El 32.43% tuvo menos de 6 atenciones prenatales. De la

misma manera, el 32.43% presenta antecedentes de patología anterior. El 18.92% presentó embarazos múltiples; y, el 22.97% tuvieron período intergenésico menor a 2 años.

TERCERA:

Entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo, se evidencia la presencia de preeclampsia en el 43.24% de las usuarias. La desproporción céfalo-pélvica al igual que la ruptura prematura de membrana, se manifestaron en el 22.97% de las usuarias, respectivamente.

CUARTA:

Entre los factores de riesgo complicaciones del parto, se evidencia entre las distocias, una mayor presencia de anomalías de contracción en un 39.19%. Mientras que las anomalías del canal pélvico se presentan en el 32.43%; y la presencia de anomalías del feto y anexos se presentaron en el 28.38% de los embarazos.

QUINTA:

Entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas, se percibió entre las usuarias, una alta incidencia de obesidad en un 35.14%. En tanto que la presencia de Infección urinaria se manifestó en el 21.62% de ellas. La presencia Anemia se observa en el 17.57% de las usuarias.

SEXTA:

En el estudio, evaluados los factores de riesgo generales, embarazo parto, antecedentes obstétricos y aquellos que no son propiamente obstétricos, se

halló moderada presencia de factores de riesgo en un 45.95%. Mientras que, la presencia de Bajo riesgo se presentó en el 32.43%; registrándose en el 21.62% la presencia de alto riesgo.

SEPTIMA:

Al concluir el estudio, Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, factores de riesgo asociado a óbitos fetales en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Todo establecimiento de salud debe intensificar la promoción de la salud en la población en edad fértil para mejorar los estilos de vida; y, en las gestantes, fomentar la atención prenatal integral, completa y periódica; así como la intervención precoz de gestantes para la identificación e intervención eficaz de los diversos factores de riesgo.

SEGUNDA:

Los establecimientos de salud, sea cual fuere el nivel de complejidad, deben concientizar a la población sobre la salud sexual y reproductiva; y que los estilos de vida y de salud que asuman y las practican, repercutirá en la programación, manejo y evolución del embarazo, parto y puerperio y en la salud del binomio madre-niño.

TERCERA:

Favorecer a la población gestante la atención integral y permanente durante el embarazo, a través de seguimiento y monitoreo de la evolución del embarazo, sobre todo en la población en riesgo; asimismo, masificar la consejería y estar alerta ante cualquier presencia de riesgo para su atención oportuna.

CUARTA:

El establecimiento debe disponer de la dotación de recursos humanos y materiales, como profesionales, equipamiento, insumos, ambientes y gestión de servicios adecuados para la evaluación y programación de los partos; así como para la intervención inmediata frente a complicaciones del embarazo y parto.

QUINTA:

Realzar la consejería y la vigilancia permanente respecto a signos de alarma y los cuidados durante el embarazo y las medidas preventivas durante este período para evitar complicaciones y/o identificar cuadros clínicos de alerta a algún factor que pueda poner en peligro a la madre y al producto de la concepción.

SEXTA:

Los establecimientos de salud y las Direcciones Regionales de Salud, deben Promocionar masivas campañas sobre cuidados antes, durante y después del embarazo y favorecer un producto sano, y con buenas perspectivas de vida y salud, para la madre y el niño

SEPTIMA:

Continuar con investigaciones similares, tomando de base los resultados presentados en esta investigación

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Molina S, Solano A, Gomez S, Rojas J, Acuña E. Caracterización de las muertes fetales y factores sociados 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. Goldenberg R, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189(861): p. 73.
5. Poblete A, Donoso E. Definiciones e Indicadores Estadísticos de uso frecuente en Salud Pública Perinatal Nacional, Chile. [Online].; 2006 [cited 2019 enero 10. Available from: <http://www.cedip.cl/Guias/Salud%20publica%20perinatal.htm>.
6. González R, Gómez R, Castro R.. Guía Perinatal. Ministerio de Salud.: Centro de Investigación Perinatal (CEDIP); 2003.
7. García-Huidobro M., Hasbún J. Urgencias y complicaciones en Obstetricia. 14th ed.: Editorial Mediterráneo; 2006.
8. Avila J, Tavera M, Carrasco M.. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Lima - Perú: Ministerio de Salud,

Dirección General de Epidemiología; 2013.

9. Pons A, S epulveda E, Leiva J, Reconret G, Germain A. Muerte Fetal. REV. MED. CLIN. CONDES. 2014; 25(6): p. 908-916.
10. Red de Salud Tupac Amaru. Situación epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
11. Jurado D, Chaves M, Belalcazar A, Achicanoy D, Guerrero C, Qui n nez 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.
12. 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 Colombia: Tesis de posgrado: Universidad de Cartagena; 2015.
13. Harmon Q, HL, Umbach D, Klung s yr K, Engel S, Magnus P, et al. Risk of fetal with preeclampsia.. Obstetrics and gynecology. 2015 Marzo; 125(3).
14. 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.
15. 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 Ecuador: Tesis de grado: Universidad de Guayaquil; 2013.
16. 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).

17. Leyva L. Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal en la región Huancavelica año 2013. Huancavelica, Peru. Huancavelica - Perú: Tesis para optar el grado academico de Doctor. Universidad Nacional de Huancavelica.; 2017.
18. Del Aguila N. Características en gestantes que presentaron muerte fetal intrauterina atendidas en el Hospital Regional de Loreto, año 2014 - 2015. Iquitos - Perú: Tesis de Titulación - Univeridad científica del peru, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
19. Fustamante C. Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque. Lambayeque - Perú: Tesis de grado: Universidad San Martin de Porres; 2016.
20. 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).
21. 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).
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. Obstet Gynecol. 2009; 113(3): p. 748-761.
23. 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.
24. Centers for Disease Control and Prevention. cdc.gov. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrero 20. [Online].; 2018 [cited 2019 Enero 10. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/stillbirth/facts.html>.
25. World Health Organization.. Making Every Baby Count: audit and review

of stillbirths and neonatal deaths Geneva.: WHO Document Production Services; 2016.

26. 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.
27. 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.
28. National Institutes of Health. NIH. [Online]. [Online].; 2016 [cited 2019 Enero 10. Available from:
<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/stillbirth/topicinfo/risk>.
29. Fretts R. Stillbirth epidemiology, risk factors, and opportunities for stillbirth prevention. *Clin Obstet Gynecol*. 2010; 53(3): p. 588-596.
30. 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.
31. Mc Clure 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.
32. 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.
33. 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.

34. Organizacion Mundial de la Salud. IMPAC Integrated Management of Pregnancy and Childbirth WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health.: Geneva: Organizacion Mundial de la Salud; 2010.
35. Ministerio de Salud del Peru. Norma tecnica de salud para la atencion integral de la salud materna NTS N°105- MINSA/DGSP.V.01 Lima - Perú: MINSA,; 2014.
36. Heazell A, Thomas S. Prior stillbirth is a risk factor for stillbirth in a subsequent pregnancy. *Evid Based Med.* 2015; 20(6): p. 2018.
37. Pico J. Complicaciones obstétricas que se presentan en mujeres embarazadas atendidas en el servicio gineco-obstetrico del Hospital de Bosa II nivel durante el 01 de Enero del 2010 al 30 de Diciembre del 2011. Bogota - Colombia: Tesis doctoral. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Medicina; 2012.
38. Stephen A. In Koneman E. *Diagnostico microbiologico.*: Panamericana; 2008.
39. Paucarima M. Incidencia de las infecciones de vias urinarias en embarazadas de 18 a 30 años. Guayaquil - Ecuador: Tesis de grado - Universidad de Guayaquil, Medicina; 2013.
40. Starikov R, Dudley D, Reddy U. Stillbirth in the pregnancy complicated by diabetes. *Curr Diab Rep.* 2015; 15(3): p. 11.
41. 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.
42. 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).
43. 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).

44. Bastidas Z. Incidencia de preeclampsia en embarazadas del Hospital Jose Maria Velasco Ibarra de Teña, año 2015. Loja - Ecuador: Tesis de grado - Universidad Nacional de Loja, Enfermeria; 2016.
45. Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., et al.. Riesgos del embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VI° Cátedra de medicina. 2006; 153: p. 13-17.
46. Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.
47. Tamayo y Tamayo, Mario. El Proceso de Investigación Científica México; 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE REGISTRO

DATOS GENERALES:

DIMENSIÓN 1: SOCIO CULTURAL ECONÓMICO (FACTORES GENERALES)

1. EDAD:

a. < 19 años ()

b. 20 – 35 años ()

c. > 35 años ()

2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

• Sin Instrucción ()

• Primaria ()

• Secundaria ()

• Superior ()

3. PROCEDENCIA:

• Zona urbana ()

• Zona Rural ()

• Referencia: (lugar)

4. OCUPACIÓN:

• Estudiante ()

• Casa ()

• Independiente ()

5. ESTADO CIVIL:

• Soltera ()

• Conviviente ()

• Casada ()

6. INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR:

• Menos de 930 soles ()

• 930 a 2500 soles ()

• Más de 2500 soles ()

7. Hábitos:

• Alcohol SI () NO ()

• Fuma SI () NO ()

• Otros SI () NO ()

Especificar:

DATOS ESPECIFICOS:

DIMENSIÓN 2: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

8. Embarazo

- a. Primigesta ()
- b. Multigesta ()

9. Atención Pre Natal

- a. Ninguna ()
- b. < de 6 ()
- c. 6 a Más ()

10. Antecedentes Patológicos

- a. Ninguna ()
- b. Diabetes ()
- c. Anemia ()
- d. HTA ()
- e. Cardiopatías ()
- f. Alergias ()
- g. Otros () Especifique:

11. Embarazos múltiples

- a. SI ()
- b. NO ()

12. Período Intergenésico

- a. Ninguna/primeriza ()
- b. Menor de 2 años ()
- c. Mayor de 2 años ()

13. Edad Gestacional

- a.

DIMENSIÓN 3: COMPLICACIONES DEL EMBARZO Y PARTO

14. Hemorragias

- SI () :
- NO ()

15. Preeclampsia

- SI () :
- NO ()

16. Sufrimiento fetal agudo

- SI () :
- NO ()

17. R.P.M.

- SI () :
- NO ()

18. Desproporción céfalo pélvica

- S () :

- NO ()

19. Anomalías de contracción

- SI () :
- NO ()

20. Anomalías de feto y anexos

- SI () :
- NO ()

21. Desproporción céfalo pélvica

- SI () :
- NO ()

DIMENSIÓN 4: Enfermedades no obstétricas

22. Infección Urinaria:

- SI () :
- NO ()

23. Obesidad:

- SI () :
- NO ()

24. Anemia:

- SI () :
- NO ()

25. Otras infecciones:

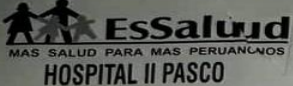
- NO ()
- SI ()

Especificar:
.....
.....
.....

ANEXO 03

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

078



EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS
HOSPITAL II PASCO

Registro de Hospitalización Servicio de: OBSTETRICIA

NRO ORD	CAMA	LUGAR PROCEDENCIA	FECHA INGRESO	HORA	DIAGNOSTICO INGRESO	MEDICO TRATANTE	FECHA EGRESO	HORA	DIAGNOSTICO ALTA	COMO ALTA			ESTADIA HOSP	OBSERVACIONES
										A	T	F		
38	02	Cm	27/11/17	10:00	Coef 75% + FPP	Argondona	26-11-17	11:00	Postcesareo	X			3d	Dr. Prado
39	03	Med	27/11/17	9:00	Coef de + RPP	Argondona	26-11-17	11:00	PE + PN	X			2d	Dr. Prado
40	09	Ed	27/11/17	15:00	Coef de + RPP	Argondona	26-11-17	11:00	L.U.	X			3d	Dr. Prado
41	10	Ed	27/11/17	15:00	Coef de + RPP	Argondona	26-11-17	11:00	Coef 15% + RPP	X			2d	Dr. Prado
42	12	R	27/11/17	16:00	Coef 29% + RPP	Argondona	26-11-17	11:00	Coef 29% + RPP	X			3d	Dr. Prado
43	13	A	27/11/17	7:00	Coef de 38% + Expulsivo	Dr. Prado	26-11-17	11:00	PE + PN	X			1d	Dr. Prado
44	5	I	24/11/17	16:00	Sind. Dolores Abdominales	Dr. Prado	27-11-17	11:00	Post cesareo	X			2d	Dr. Prado
45	07	H	24/11/17	20:00	Aborto Incompleto	Dr. Prado	26-11-17	11:00	Aborto completo	X			2d	Dr. Prado
46	08	Co	25/11/17	6:45	Coef 39% + RPP	Dr. Prado	27/11/17	11:00	Puerpera inmediata	X			2d	Dr. Prado
47	03	Co	25/11/17	11:00	Coef 39% + RPP	Dr. Prado	27/11/17	11:00	Post cesareo	X			2d	Dr. Prado
48	04	Na	25/11/17	11:00	Coef 14% + RPP	Dr. Prado	27/11/17	11:00	Coef 14% + RPP	X			2d	Dr. Prado
49	01	Na	25/11/17	20:00	Coef 36% + RPP	Dr. Prado	27-11-17	11:00	Post cesareo	X			2d	Dr. Prado
50	02	Alc	27-11-17	10:00	ARA Cesareo	Dr. Prado	27/11/17	11:00	CESAREA	X			2d	Dr. Prado
51	06	Co	27/11/17	05:00	ARA Cesareo	Dr. Prado	30/11/17	15:30	Post cesareo	X			3d	Dr. Argondona
52	04	Co	27/11/17	13:50	ARA Cesareo	Dr. Prado	28-11-17	11:00	PE + PN	X			1d	Dr. Romero
53	07	I	27/11/17	14:00	Coef 30% + RPP	Dr. Prado	27/11/17	11:00	CESAREA	X			2d	Dr. Prado
54	01	I	27/11/17	20:00	Coef 32% + RPP	Dr. Prado	28-11-17	11:00	PE + PN	X			1d	Dr. Romero
55	03	I	27/11/17	20:00	Coef 32% + RPP	Dr. Prado	28-11-17	11:00	L.U.	X			1d	Dr. Romero
56	05	I	28/11/17	3:45	Coef 28% + RPP	Dr. Prado	29/11/17	11:00	Puerpera E + PN	X			1d	Dr. Prado
57	02	I	28/11/17	4:00	Coef 28% + RPP	Dr. Romero	29/11/17	11:00	PE + PN	X			1d	Dr. Prado
58	09	I	28/11/17	10:00	Coef 28% + RPP	Dr. Romero	29/11/17	11:00	PE + PN	X			3d	Dr. Romero
59	10	I	28/11/17	10:00	Coef 28% + RPP	Dr. Romero	29/11/17	11:00	Post cesareo	X			1d	Dr. Prado
60	05	I	28/11/17	11:00	Coef 28% + RPP	Dr. Prado	29/11/17	15:00	PE + PN	X			2d	Dr. Argondona
61	07	I	28/11/17	14:00	Coef 28% + RPP	Dr. Romero	29/11/17	11:00	Post cesareo	X			2d	Dr. Romero
62	08	I	28/11/17	17:20	Coef 28% + RPP	Dr. Romero	29/11/17	11:00	PE + PN	X			3d	Dr. Argondona
63	11	I	28/11/17	20:00	Coef 28% + RPP	Dr. Romero	30-11-17	11:00	PE + PN	X			3d	Dr. Argondona
64	12	I	28/11/17	22:00	Coef 28% + RPP	Dr. Romero	30-11-17	11:00	PE + PN	X			3d	Dr. Argondona
65	13	I	29/11/17	07:00	Coef 28% + RPP	Dr. Romero	30-11-17	11:00	PE + PN	X			3d	Dr. Argondona

1 = Activo 2 = Facult. Indep. 3 = Facult. Cont. 4 = Trab. Hogar 5 = Ama de Casa 6 = Campesino 7 = Pensionista 8 = Conyuge 9 = Hijo 0 = Particular X = Fopasel E = Seguro Escolar
 A = Alta T = Transferencia F = Fallecido

ANEXO 05 – A

CONSTANCIA DE INTERNADO



“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”



**LA DIRECCION DE LA RED ASISTENCIAL PASCO
SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**

HACE CONSTAR:



Que, la señorita: **Betsabe MIRANDA ARROYO**, con DNI N° 47687740, quien realizo su **INTERNADO HOSPITALARIO**, en Hospital Base II de la Red Asistencial Pasco del Seguro Social de Salud – ESSALUD, ubicado en el distrito de Chaupimarca, Provincia y Departamento de Pasco, a partir del **01 de Diciembre del 2017 a 31 de Julio del 2018**; dando cumplimiento al convenio con la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela de Formación Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión – UNDAC.



Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime pertinente.

Cerro de Pasco, 17 de Octubre del 2018


Maria Soledad Gonzales Montijo
DIRECTORA
RED ASISTENCIAL PASCO
ESSALUD

ANEXO 05 – A

CONSTANCIA DE INTERNADO



“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

**LA DIRECCION DE LA RED ASISTENCIAL PASCO
SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**

HACE CONSTAR:

Que, la señorita: **Mileidy Liliana CABALLERO VALENZUELA**, con DNI N° **43054004**, quien realizo su **INTERNADO HOSPITALARIO**, en Hospital Base II de la Red Asistencial Pasco del Seguro Social de Salud – ESSALUD, ubicado en el Distrito de Chaupimarca, Provincia y Departamento de Pasco, a partir del **01 de Diciembre del 2017 a 31 de Julio del 2018**; dando cumplimiento al convenio con la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela de Formación Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión – UNDAC.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime pertinente.

Cerro de Pasco, 17 de Octubre del 2018


Maria Soledad Gortales Montejó
DIRECTORA
RED ASISTENCIAL PASCO
ESSALUD

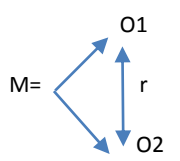
ANEXO 06

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala medición
FACTORES DE RIESGO	Aumento de la Probabilidad de Exposición de un ser a una enfermedad. Según la OMS (2012)	Presencia de condiciones que aumentan la probabilidad de realización de cesárea, como los factores generales, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y parto y enfermedades no obstétricas asociadas, Evaluadas a través de su Historia Clínica Perinatal.	A. GENERALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Estado nutricional 3. Instrucción 4. Procedencia 5. Ocupación 6. Ingreso económico/dependencia 7. Carga familiar 8. Hábitos nocivos 	Nominal/ordinal
			B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de embarazo - Paridad 2. Atención prenatal 3. Patologías anteriores 4. Embarazos múltiples 5. Período intergenésico 6. Edad gestacional 	Nominal
			C. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemorragias 2. Pre eclampsia 3. Sufrimiento fetal agudo 4. Ruptura prematura de membrana 5. Desproporción céfalo -pélvica 6. Anomalías del canal pélvico 7. Anomalías de contracción 8. Anomalías de feto y anexos 	Nominal/ Ordinal
			D. ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infección Urinaria 2. Otras infecciones 3. Anemia 4. Obesidad. 	Nominal/ Ordinal
OBITO FETAL			II. OBITO FETAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presente 2. Ausente 	Nominal

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Factores de riesgo asociados a óbitos fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODOS
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>V1: Factores de Riesgo</p>	<p>I. FACTORES DE RIESGO</p> <p>A. GENERALES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Estado nutricional 3. Instrucción 4. Procedencia 5. Ocupación 6. Ingreso económico/dependencia 7. Carga familiar 8. Hábitos nocivos <p>B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de embarazo - Paridad 2. Atención prenatal 3. Patologías anteriores 4. Embarazos múltiples 5. Período intergenésico 6. Edad gestacional <p>C. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemorragias 2. Pre eclampsia 3. Sufrimiento fetal agudo 4. Ruptura prematura de membrana 5. Desproporción céfalo -pélvica 6. Anomalías del canal pélvico 7. Anomalías de contracción 	<p>TIPO de Estudio:</p> <p>Investigación Básica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativo <p>MÉTODO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo correlacional-prospectivo <p>Diseño:</p> <p>Tipo: no experimental de corte transversal</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Población</p> <p>La población para el presente estudio lo conforman las 220 usuarias del Hospital EsSalud II Pasco, 2017 y 2018.</p> <p>Muestra:</p> <p>Constituida por 74 usuarias</p>

				8. Anomalías de feto y anexos D. ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADAS 1. Anemia 2. Sobrepeso/ obesidad 3. Infección Urinaria 4. Otras Infecciones	atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, durante los meses de noviembre 2017 a julio 2018. Técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Registro Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario • Ficha de Registro • Historia Clínica Métodos De Análisis De Investigación: Estadística descriptiva y Estadística inferencial (X ²)
Problemas Específicas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se asocian los factores de riesgo generales y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018? • ¿Cómo se asocian los factores de riesgo antecedentes obstétricos y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018? • ¿Cómo se asocian los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II 	Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la asociación entre los factores de riesgo generales y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018 • Establecer la asociación entre los factores de riesgo antecedentes obstétricos y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018 • Establecer la asociación entre 	Hipótesis Específicas: <ul style="list-style-type: none"> • Existe asociación significativa entre los factores de riesgo generales y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018 • Existe asociación significativa entre los factores de riesgo antecedentes obstétricos y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018 • Existe asociación significativa entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto Óbitos Fetales en 	DEPENDIENTE V2: Óbito Fetal en usuarias	1. Presente 2. Ausente	

<p>Pasco, noviembre 2017 a julio 2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se asocian los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018? 	<p>los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la asociación entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018 	<p>usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe asociación significativa entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y Óbitos Fetales en usuarias atendidas en el Hospital EsSalud II Pasco, noviembre 2017 a julio 2018. 			
---	---	--	--	--	--