



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FACTORES DE RIESGOS SOCIODEMOGRÁFICOS,
OBSTÉTRICOS Y PERINATALES ASOCIADOS A MUERTE
FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES
- CHICLAYO, DURANTE EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE
DEL 2015**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA

AUTORAS

LESLEY MARLEY ATENCIO AYASTA

NIXIA MARLLORY TELLO VENTURA

ASESOR

DR. DANILO MARCIAL ESCOBAR GUTIÉRREZ

**CHICLAYO - PERU
2017**

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no caer en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia.

LESLY MARLEY

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por darme siempre las fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el sendero de lo sensato y darme sabiduría en las situaciones difíciles.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor, por los ejemplos de perseverancia, constancia a lo largo de mi vida y de mi carrera.

NIXIA MARLLORY

AGRADECIMIENTO

A Dios porque nos ha dado la fortaleza y el espíritu para seguir adelante sin desfallecer a pesar de todos los tropiezos y dificultades que hemos tenido y hemos enfrentado

A nuestros padres por apoyarnos, brindarnos su cariño y motivarnos siempre a luchar por nuestros ideales, orientándonos siempre a vivir plenamente y bajo el calor de los principios y valores humanos.

A nuestro distinguido asesor el Dr. Danilo Escobar porque su paciencia, acompañamiento, asesoría y consejos, nos permitieron desarrollar esta tesis y porque su calidad humana y experiencia nos transmitieron la importancia de inculcar un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podríamos tener una formación completa como investigadores.

A la Universidad Particular de Chiclayo por habernos aceptado ser parte de ella al abrir las puertas de su seno científico para poder estudiar nuestra carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día sobre todo por ser parte de este proceso integral de formación.

A nuestros compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos cinco años estuvieron a nuestro lado apoyándonos y que de alguna forma contribuyeron a que este sueño se haga realidad.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	03
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
1.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	12
c. Base Teórica	19
1.2 Problema	21
1.3 Hipótesis	21
1.4 Objetivos	21
1.5 Justificación de la Investigación	22
1.6 Variables: Operacionalización	23
II. MATERIAL Y MÉTODOS	24
2.1 Tipo de Investigación	24
2.2 Diseño de Contrastación	24
2.3 Población y muestra	24
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	25
2.5 Procedimiento	25
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	26
III. RESULTADOS	27
IV. DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	44

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar los Factores de Riesgos Sociodemográficos, Obstétricos y Perinatales asociados a Muerte Fetal en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, durante el período enero – diciembre del 2015. Se realizó el siguiente trabajo de investigación de tipo Descriptivo, Observacional y Transversal, cuyo diseño de casos y controles. La población muestral estuvo constituida por todas las muertes fetales intraútero reportadas en el Departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital antes mencionado y que fueron 85.

Los principales resultados fueron:

- La incidencia de muertes fetales en el período de estudio fue del 2%
- Los factores de riesgos sociodemográficos asociados a muerte fetal fueron: el ser soltera o conviviente (OR: 10.8), el tener edades extremas (4.6) y el proceder de una zona urbano – marginal o rural (OR = 4). ($p < 0.05$).
- Dentro de los factores de riesgos Obstétricos asociados a muerte fetal intraútero tenemos: las gestaciones pretérminos (OR = 7.8), la multiparidad (OR = 0.2), la atención pre natal incompleta (OR = 46.15) y los antecedentes de riesgo (OR = 4). ($p < 0.05$).
- El sexo masculino (OR = 0.4) y el bajo peso (OR = 9.8) fueron factores asociados a muerte fetal intraútero ($p < 0.05$). Mientras que el circular de cordón fue un factor de riesgo de muerte fetal intraútero con un OR de 2.6.

Palabras Claves: Factores de Riesgos Sociodemográficos, Obstétricos y Perinatales, Muerte fetal.

ABSTRACT

With the overall objective of determining the Clinical Features - Epidemiologic intrauterine fetal deaths occurred in the Department of Gynecology - Obstetrics Regional Teaching Hospital "Las Mercedes" -. Chiclayo, the period following 2013 research was conducted Type Description, Observational Transversal and whose design was only one box. The sample population consisted of all intrauterine fetal deaths reported in the Gynecological - Obstetrics Department of the abovementioned Hospital, which were 85.

The main results were:

- The incidence of fetal deaths in the study period was 2%
- sociodemographic risk factors associated with fetal death were: single or partner (OR: 10.8) be having extreme ages (4.6) and come from an urban area - rural or marginal (OR = 4). ($p < 0.05$).
- Among the Obstetric risk factors associated with intrauterine fetal death we have: preterm gestations (OR = 7.8), multiparity (OR = 0.2), incomplete prenatal care (OR = 46.15) and antecedents of risk (OR = 4). ($P < 0.05$).
- Male (OR = 0.4) and low weight (OR = 9.8) were factors associated with intrauterine fetal death ($p < 0.05$). While the cord circular was a risk factor for intrauterine fetal death with an OR of 2.6.

Keywords: Risk factors Sociodemographic, obstetric and perinatal, fetal death.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

Desde hace menos de una década, la Obstetricia, ha tenido progresos importantes en el desarrollo de técnicas para evaluar el bienestar fetal, lo que nos hizo pensar que disminuiría en forma importante las tasas de mortalidad perinatal, sin embargo, siguen presentándose estos desafortunados desenlaces en el embarazo ⁽¹⁾

Así pues, la muerte fetal es una de las circunstancias más desconcertantes para el médico, la madre y su familia, ya que sus causas son variadas y a veces desconocidas, así como sus factores contribuyentes. ⁽¹⁾

Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. ⁽²⁾ Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. ⁽²⁾ ⁽³⁾ Parece ser que no hay una definición aceptada internacionalmente.

Esta muerte es varias veces más frecuente que la muerte materna y tan frecuente como la muerte neonatal. Según cifras registradas por el subsistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna, en el año 2012 se notificaron 428 muertes maternas y para el mismo período, según el subsistema de vigilancia epidemiológica perinatal neonatal se notificaron 3640 muertes fetales y 3384 muertes neonatales. ⁽⁴⁾ A pesar de su frecuencia la muerte fetal no recibe la misma atención que una muerte materna o una muerte neonatal; a la supervivencia de la madre y del niño se le ha asignado correctamente sus propios Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 5 y 4, respectivamente) y se supervisan a nivel mundial. ⁽⁴⁾

En América Latina se han reportado tasas entre 10 al 17.6 por cada 1,000 nacidos vivos, ⁽⁵⁾ al menos la mitad de las muertes fetales en los países de bajos ingresos se producen durante el parto y el nacimiento. Con frecuencia, las muertes fetales anteparto se asocian con infección materna, restricción del crecimiento intrauterino, diagnóstico y tratamiento tardíos de los trastornos hipertensivos del embarazo; en América Latina los principales factores asociados son la falta de control prenatal y fetos pequeños para la edad gestacional. ⁽⁶⁾ Es evidente que la muerte fetal es una catástrofe obstétrica, además de ser un duro golpe para las madres y sus familias, en quienes crea un sentimiento de culpa y temor de que este evento se repita en próximas gestaciones. ^{(7) (8) (9)}

En Colombia, en el año 2011, se registraron 5,725 muertes de fetos con más de 22 semanas, en 655,499 nacimientos, que corresponde a una tasa de mortalidad de 8.7 por cada 1,000 nacidos vivos. ⁽¹⁰⁾ Se desconoce la tasa de muerte fetal según la definición descrita, la etiología y factores asociados, así como el método adecuado de vigilancia para prevenir nuevos casos. ⁽¹⁰⁾

El 98% de los casos de muerte fetal intrauterina se producen en los países de ingresos bajos y medios, y las cifras varían de 2 cada 1000 nacimientos en total en Finlandia a más de 40 cada 1000 nacimientos en total en Nigeria y Pakistán. En todo el mundo, el 67% de los casos de muerte fetal intrauterina ocurren en familias rurales, el 55% en las áreas rurales de África subsahariana y Asia meridional, donde hay menos participación de profesionales capacitados y se realizan menos cesáreas que en los entornos urbanos. ^{(11) (12) (13) (14) (15)} En total, se calcula que cada año se producen 1,19 millones (rango: entre 0,82 millones y 1,97 millones) de casos de muerte fetal intrauterina durante el trabajo de parto. ⁽¹¹⁾

Lawn J y Colab, reportaron que la mayor parte de las muertes fetales intraútero durante el trabajo de parto están asociadas con emergencias obstétricas, mientras que la muerte fetal intrauterina prenatal está asociada con infecciones de la madre y restricción del crecimiento fetal. ⁽¹¹⁾

A nivel nacional, las estadísticas de causas de mortalidad fetal intrauterina son escasas, y los múltiples sistemas impiden que se realice una comparación internacional. Requiriéndose de mejoras en los registros de las personas, entre ellos, los certificados perinatales específicos y la revisión de los códigos de la clasificación internacional de enfermedades. Una clasificación de la muerte fetal intrauterina sencilla y relevante para los programas, que pueda utilizarse junto con la anamnesis, podría ser la base para los cálculos nacionales comparables y el oportuno accionar de las autoridades de salud.

La vigilancia epidemiológica perinatal neonatal muestra que el 85% de las muertes fetales son prenatales (ocurren antes del parto). La muerte durante el trabajo de parto es poco común, por lo que las afecciones maternas como hipertensión, sobrepeso, tabaquismo y diabetes son importantes factores de riesgo. Por lo que es fundamental brindar a las futuras madres mayor asesoramiento y respaldo.⁽⁴⁾

La muerte fetal intrauterina es un problema de salud pública mundial, su inclusión en el diseño de los programas integrados de salud familiar y la elaboración de estadísticas a través de sistemas de registro son pasos importantes hacia el tratamiento de este problema. La Dirección General de Epidemiología, a través de la

vigilancia epidemiológica, recoge información semanal de la ocurrencia de defunciones fetales.

En el Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el año 2013, la incidencia de muerte fetal intraútero fue del 2.13%, mientras que para el año 2014 está descendió al 1%. ⁽¹⁶⁾

Por todo ello es pertinente acotar que, la muerte fetal intrauterina sigue siendo impalpable, ya que no se registra en los objetivos de desarrollo del milenio, no recibe seguimiento por parte de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) ni se incluye en las mediciones de la carga mundial de morbilidad.

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales:

Flenady V y Colab (Australia) (2010) ⁽¹⁷⁾ Realizaron revisiones sistemáticas para hallar informes publicados durante una década (1998 – 2009), usando un filtro metodológico sensible para determinar los estudios etiológicos de “Muerte fetal intrauterina”, se identificaron los estudios basados en la población que se centran en los factores de riesgo de muerte fetal intrauterina a través de búsquedas en bases de datos. Los hallazgos fueron, de 6963 estudios identificados inicialmente, se incluyeron 96 estudios basados en la población. El sobrepeso y la obesidad de la madre

(índice de masa corporal $>25 \text{ kg/m}^2$) fueron el factor de riesgo modificable en el puesto más alto, con valores de RAP (Riesgo Atribuible Poblacional) del 8% al 18% en los cinco países y contribuyeron a 8000 casos aproximadamente de muerte fetal intrauterina (≥ 22 semanas de gestación) cada año en todos los países de ingresos altos. La edad materna avanzada (> 35 años) y el tabaquismo en la madre arrojaron valores de RAP (Riesgo Atribuible Poblacional) del 7% al 11% y del 4% al 7%, respectivamente, y cada año contribuyen a más de 4200 y 2800 casos de muerte fetal intrauterina, respectivamente, en todos los países de ingresos altos. Entre las poblaciones en desventaja, el tabaquismo materno podría causar el 20% de los casos de muerte fetal intrauterina. La primiparidad contribuyó en el 15% de los casos de muerte fetal intrauterina. La existencia previa de diabetes e hipertensión siguen siendo factores contribuyentes importantes en la muerte fetal intrauterina en estos países.

Panduro J, Pérez J, Panduro E, Castro J, Vásquez M (México) (2011). ⁽¹⁸⁾ Con el objetivo de Identificar los factores de riesgos sociodemográficos obstétricos y perinatales que se asocian a muerte fetal en embarazos mayores de 27 semanas en el Hospital Civil de Guadalajara, se realizó un estudio de casos y controles con 528 casos de muerte fetal de más de 27 semanas de gestación y 528 neonatos vivos cuyo nacimiento ocurrió inmediatamente después.

Se comparó la frecuencia de diferentes variables maternas y fetales que en forma previa se han reportado asociadas a muerte fetal, por medio de χ^2 se estimó la fuerza de asociación entre estas variables y muerte fetal con la razón de momios, con un intervalo de confianza del 95%. Hallando que la edad materna mayor de 35 años, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones congénitas mayores del RN, son factores de riesgo estudiados se asociaron con muerte fetal.

Xóchitl K, Ávila J, Pardo R (México) (2012). ⁽¹⁹⁾ Realizaron una investigación con el objetivo de conocer el índice de muerte fetal tardía y los factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil de México en un periodo de dos años. Se estudiaron un total de 72 casos de muerte fetal tardía que se presentaron en el hospital en mención. Hallándose que el índice de mortalidad fetal tardía en este hospital en el periodo referido fue de 4.45 casos por 1,000 nacidos vivos; los factores de riesgo socioeconómicos predominantes fueron el nivel escolar secundaria y nivel económico medio. De los factores de riesgo obstétricos, la edad promedio de la paciente fue de 25.5 años, se trató de madres multigestas (44.4%), con sobrepeso (48.6%), sin

antecedentes de enfermedad sistémica y con un deficiente atención prenatal con un promedio de cuatro consultas recibidas durante el embarazo. Los autores concluyeron que los factores de riesgo que predominaron en las pacientes con caso de muerte intrauterina fueron la edad gestacional, la prematurez y el deficiente control prenatal recibido.

Rivas E, Vásquez D (Colombia) (2012). ⁽²⁰⁾ Efectuaron un estudio con el propósito de conocer las características epidemiológicas del óbito fetal y describir los hallazgos más frecuentes en los estudios de patología de mortinatos que se atienden en la Clínica Universitaria San Juan de Dios. Para ello, se establecieron tres grupos de edad gestacional al momento de la muerte fetal: 22 a 29+6, 30-36+6 y 37-42 semanas de gestación. Se consideraron variables demográficas, antecedentes maternos, resultado del embarazo y los hallazgos de patología en el feto, la placenta y el cordón. Encontrando que, la edad promedio fue de 29,1 años SD: 6,1. El 72,2% de los casos se presentó en pacientes entre los 20 a 34 años. La patología placentaria se identificó como causa primaria de óbito fetal en el 25% de los casos. Por otra parte, en el 22,22% de los casos no se demostró la causa primaria de óbito fetal.

Molina – Giraldo S y Colab (México) (2014). ⁽²¹⁾ Realizaron un trabajo de investigación con el objetivo: establecer la frecuencia y describir las características sociodemográficas, médicas y factores

asociados con la muerte fetal en un hospital de referencia de IV nivel de atención entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013. El estudio fue transversal en el que se cuantificaron las muertes fetales y los factores asociados. Se incluyeron 112 muertes fetales, de 15,408 nacimientos; tasa de mortalidad fetal de 7.3 por 1000 nacidos vivos. La edad promedio de las madres fue 27.9 años (DE: ± 7.7), 70.5% de las muertes fetales fueron en madres entre 20 y 35 años; 33% fueron primigestas, 42.9% ocurrió entre las 20 y 28 semanas de gestación, en fetos de entre 500 y 1000 g (47.8%). Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron: hipotiroidismo (5.4%) e hipertensión arterial crónica (4.5%). Las patologías asociadas con el embarazo fueron: oligoamnios (21.4%), trastornos hipertensivos del embarazo (17%), restricción del crecimiento intrauterino (17%) y polihidramnios (16.9%). La prueba de bienestar fetal alterada con mayor frecuencia fue la disminución de movimientos fetales (44.6%). Se realizó autopsia a 45.5% de los casos y las principales causas de muerte reportadas fueron: corioamnionitis (21.5%) e insuficiencia placentaria (15.6%).

Nacionales

Castro Y (Chimbote - Perú) (2009). ⁽²²⁾ Ejecutó un estudio con el objetivo de conocer el perfil epidemiológico de las mujeres con diagnóstico de óbito fetal, mediante un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal; la población elegida fueron todos los

casos de muerte fetal diagnosticados en el Hospital III - Chimbote, durante el periodo 2003 - 2008, los cuales fueron un total de 137 casos, encontrándose 72 casos de óbito fetal y de los cuales se excluyeron 5 por no cumplir con los criterios de inclusión. Los datos fueron procesados con la ayuda del programa SPSS 20. Los resultados determinan que la tasa de mortalidad fetal es de 8.83 x 1000 nacidos vivos, la TMF fetal según sexo fue de 8,33 x 1000 para sexo masculino y de 8,29 x 1000 para sexo femenino. La TMF según edad gestacional varía de 8,22-8,34 x 100. La TMF según el peso del óbito fetal es de 8,34 x 1000 en fetos cuyo peso varía entre 500 y 999g y de 9,85x1000 para peso mayores de 1000g. El grupo etareo comprendido entre 20 y 35 años tuvo el 77,61% de todas las muertes intrauterinas. La frecuencia de óbito fetal fue mayor en las multigestas con 82,09%. El 55,22% tuvo menos de 6 controles prenatales. El 77,61% no consumió sustancias tóxicas. La edad gestacional mayor de 28 semanas correspondió al 83,58%. Solo un 8,96% de las gestaciones presentó 2 o más fetos obitados. El 70,15% de casos de muerte intrauterina ocurrieron extrahospitalariamente. Las patologías de causa fetal y ovular fueron en su mayoría oligoamnios (20,9%). En los estudios de patologías fueron calcificaciones placentarias asociadas a fibrosis intervellosa los hallazgos más frecuentes, con un 26,87%. Solo al 4,48% de los óbitos fetales se les realizó necropsia de ley.

Locales

La Torre V, Gutiérrez R (Chiclayo - Perú) (2014). ⁽²³⁾ Ejecutaron un trabajo de investigación con el objetivo de determinar las Características Clínico - Epidemiológicas de las muertes fetales intraútero ocurridas en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, período 2013. Se realizó el siguiente trabajo de investigación de tipo Descriptivo, Observacional y Transversal, cuyo diseño fue de una sola casilla. La población muestral estuvo constituida por todas las Historias Clínicas de las muertes fetales intraútero atendidas en el Departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital antes mencionado, que cumplieron con los criterios de selección y que fueron un total de 85. Los principales resultados fueron: La frecuencia de muertes fetales intraútero fue 2.13%. La mayoría de las muertes fetales intraútero se presentaron antes de las 37 semanas de gestación en productos femeninos, cuyo peso fue < de 1500 gramos, cuyas madres fueron multíparas con menos de 6 atenciones pre natales. Respecto a las patologías maternas reportadas en la población motivo de estudio se puede apreciar que prevalecieron las Infecciones del Tracto Urinario, la Pre eclampsia, Anemia y RPM.

c) Base teórica

Se define como muerte fetal a la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 o de fetos con peso mayor de 500 g, lo cual correspondería a un feto de 22 semanas de gestación, lo anterior, en caso de no conocerse la edad de gestación por otro método. ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾ El feto no muestra signos de vida al nacimiento, ni responde a las maniobras de reanimación y no corresponde a una terminación inducida del embarazo. ⁽²⁶⁾

Respecto a la Fisiopatología y clasificación, podemos advertir que, la mayoría de las clasificaciones se han diseñado para usarse en países desarrollados con bajas tasas de óbitos fetales, uso liberal de la autopsia y registros de información de calidad razonable durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal. En los países en desarrollo, la autopsia no se realiza de rutina; frecuentemente, los padres no autorizan el procedimiento; por lo tanto, en ocasiones, es difícil establecer la causa de muerte. Lo anterior se traduce frecuentemente en la carencia de datos médicos y la imposibilidad de realizar adecuadamente las siguientes asesorías a la pareja. ⁽²⁷⁾

La clasificación de las muertes fetales en el útero continúa siendo un dilema, pues no se ha aceptado un único sistema de clasificación entre los muchos desarrollados. ⁽²⁸⁾ ⁽²⁹⁾ Cada sistema posee diferentes fortalezas y debilidades al analizarlas de manera

individual. ⁽²¹⁾ Sin embargo, es complicado tratar de comparar los diferentes sistemas de clasificación o hacerlos equiparables, debido a la gran variación en las definiciones de óbito fetal utilizadas y porque muchos sistemas de clasificación se diseñaron para “muerte perinatal”, incluyendo casos de muerte neonatal temprana.

La muerte fetal constituye, en general, un tercio de toda la mortalidad fetal e infantil y más del 50% de todas las muertes perinatales en los países desarrollados. Las causas de muerte fetal raramente se reportan y la mayoría se desconoce. De acuerdo con lo anterior, es importante la identificación del riesgo antenatal con el fin de detectar por primera vez el antecedente, la enfermedad o la alteración que aumenta la posibilidad de muerte fetal, para determinar el riesgo relativo de resultados obstétricos adversos, al compararla con la población general. ⁽³⁰⁾ ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾

La evaluación del riesgo por sí sola, parece ser cada vez menos útil en la predicción de complicaciones en la gestación pues, aun sin importar los riesgos calculados, 90 a 95% de los embarazos dan como resultado un recién nacido vivo y sano, lo cual contrasta con un gran número de óbitos fetales que ocurren en embarazos identificados como de bajo riesgo. ⁽²⁷⁾ ⁽³²⁾ A pesar de haber disminuido dramáticamente sus tasas de presentación en los últimos 40 años, todavía se presenta gran dificultad en la evaluación y en la identificación de factores de riesgo, ⁽²⁹⁾ ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾ como obesidad,

primigrávida, edad materna avanzada en la primera gestación y los embarazos gemelares.

1.2 Problema

¿Cuáles son los Factores de Riesgos Sociodemográficos, Obstétricos y Perinatales asociados a Muerte Fetal en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, durante el período enero – diciembre del 2015?

1.3 Hipótesis Implícita.

1.4 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar los Factores de Riesgos Sociodemográficos, Obstétricos y Perinatales asociados a Muerte Fetal en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, durante el período enero – diciembre del 2015.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la incidencia de muertes fetales en el período de estudio.
2. Conocer los Factores de Riesgos Sociodemográficos asociados a Muerte Fetal

3. Identificar los Factores de Riesgos Obstétricos asociados a Muerte Fetal.

4. Identificar los Factores de Riesgos Perinatales asociados a Muerte Fetal.

1.5 Justificación de la Investigación:

La muerte fetal intrauterina continúa siendo principalmente desconocida tanto en el ámbito internacional como el nacional, y no se registra en las agendas de políticas, de programas y de inversiones. ⁽³⁾

Debido a que la muerte fetal constituye un problema serio en materia de salud y origina un impacto muy importante en las personas involucradas, repercutiendo importantemente en el ambiente familiar se planeó realizar este estudio con el propósito de identificar los Factores de Riesgos Sociodemográficos, Obstétricos y Perinatales asociados a Muerte Fetal en el Hospital Regional en mención, durante el período 2015, para que los resultados puedan ser de utilidad para disminuir la mortalidad fetal en futuros embarazos.

1.6 Variable:

V.I: Factores de Riesgos Sociodemográficos, Obstétricos y Perinatales asociados.

V.D: Muerte Fetal.

Operacionalización de Variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Sub indicadores	Escala	Instrumentos
Factores de Riesgos Sociodemográfico, Obstétricos y Perinatales asociados.	Socio Demográfica	Edad materna	≤ 17 Años 18 – 23 Años 24 – 29 Años 30 – 35 Años >35	De Razón	F I C H A A N E X O
		Estado Civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal	
		Procedencia	Urbana Urbano – Marginal Rural	Nominal	
	Obstétrica	Edad Gestacional	< 37 ≥ 37	Ordinal	
		Paridad	Primípara Múltipara Gran Múltipara	Ordinal	
		Atención Pre Natal	≤ 6 controles > 6 De controles	Ordinal	
		Antecedentes de Riesgo	Antec de aborto Dos o más abortos Muerte fetal previa	Nominal	
		Complicaciones en el embarazo	Pre Eclampsia Eclampsia Diabetes DPP PP	Nominal	
	Perinatal	Sexo del RN	Femenino Masculino	Nominal	
		Peso del RN	< 2500 2500 – 2999 3000 – 3499 3500 – 3999 ≥ 4000	Ordinal	
		Circular de cordón	▪ Circular simple ▪ Circular ajustado – Doble – Triple	Nominal	
Muerte Fetal	Perinatal	Nacimiento, que no responde a las maniobras de reanimación y no corresponde a una terminación inducida del embarazo.	SI NO	Nominal	

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo, Observacional y Transversal

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

Casos y Controles

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por todas las muertes fetales intraútero reportadas en el Departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Muertes fetales intraútero.

Criterios de Exclusión

- Datos incompletos de la Historia clínica

Muestra: No se utilizó muestra ya que se trabajó con la población universo que fueron 49.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Técnica de recolección de datos: Se utilizó la Observación directa e indirecta, así como la observación estructurada. También se utilizó el fichaje como técnica auxiliar, registrando los datos en los instrumentos llamados “Fichas”. (Ver Anexo).

Instrumento: Para la recolección de la información se elaboró una Ficha de Recolección de datos, que contiene los datos primarios, tanto generales como específicos, que dan respuesta a los objetivos propuestos, datos obtenidos dentro de información del Sistema Informático Perinatal (SIP) que se revisó.

2.5 PROCEDIMIENTO:

Luego de obtener el permiso correspondiente del Hospital en mención y la respectiva aprobación del Proyecto de Tesis, se procedió a la respectiva recolección de datos. Seguidamente estos datos fueron plasmados en la ficha clínica, ampliamente diseñada para tal fin, luego se procesaron y consignaron en cuadros estadísticos.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos estadísticos fueron tabulados en Tablas de Una y Doble entrada según sea el caso. El análisis de los Factores de riesgo asociados a Muerte Fetal Intraútero se determinó de acuerdo al Odd Ratio y por la prueba de independencia de Chi Cuadrado, a un nivel de significancia del 5%.

III.- RESULTADOS

CUADRO N° 1:

En el siguiente cuadro se puede apreciar que durante el período 2015 se presentó una incidencia de Muertes Fetales Intraútero del 2%.

CUADRO N° 2:

En el siguiente cuadro podemos apreciar que dentro de los factores de riesgos sociodemográficos asociados a muerte fetal se encuentran, el ser soltera o conviviente, el tener edades extremas y el proceder de una zona urbano – marginal o rural. ($p < 0.05$) con una exposición de riesgo de 10.8, 4.6 y 4 respectivamente.

CUADRO N° 3:

En este cuadro se puede observar que dentro de los factores de riesgos Obstétricos asociados a muerte fetal intraútero se encuentran las gestaciones pretérminos (OR = 7.8), la multiparidad (OR = 0.2), la atención pre natal incompleta (OR = 46.15), los antecedentes de riesgo (OR = 4). ($p < 0.05$). No se halló asociación estadística entre las complicaciones del embarazo y la presencia de muerte fetal intraútero pero si una exposición de riesgo (OR) de 2.3.

CUADRO N° 4:

En el siguiente cuadro podemos advertir que el sexo masculino y el bajo peso fueron factores asociados a muerte fetal intraútero ($p < 0.05$) con un OR = 0.4 y 9.8. Mientras que el circular de cordón fue un factor de riesgo de muerte fetal intraútero con un OR de 2.6.

CUADRO N° 1

**INCIDENCIA DE MUERTES FETALES INTRAÚTERO
DEPARTAMENTO DE GÍNECO – OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “LAS MERCEDES” – CHICLAYO
PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2015**

TOTAL DE NACIMIENTOS PERÍODO 2015	2459	100%
TOTAL DE MUERTES FETALES INTRAÚTERO	49	2%

Fuente: Ficha – Anexo

CUADRO N° 2

**FACTORES DE RIESGOS SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A
MUERTE FETAL
DEPARTAMENTO DE GÍNECO – OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “LAS MERCEDES” – CHICLAYO
PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2015**

TOTAL	MUERTE FETAL INTRAÚTERO			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
	49	100.00	49	100.00
Edades Maternas Extremas	$X^2 \text{ exp} = 12.6$ $X^2 \text{ tab} = 3.84$ $p < 0.05$ $OR = 4.6$			
SI	28	52.14	11	22.75
NO	21	42.86	38	77.55
Zona Urbano - Marginal y Rural	$X^2 \text{ exp} = 10.6$ $X^2 \text{ tab} = 3.84$ $p < 0.05$ $OR = 4$			
SI	35	71.43	19	38.78
NO	14	28.57	30	61.12
Estado Civil Soltera y Conviviente	$X^2 \text{ exp} = 20$ $X^2 \text{ tab} = 3.84$ $p < 0.05$ $OR = 10.8$			
SI	45	91.84	25	51.02
NO	04	08.16	24	48.98

Fuente: Ficha - Anexo

CUADRO N° 3

**FACTORES DE RIESGOS OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A MUERTE
FETAL
DEPARTAMENTO DE GÍNECO – OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “LAS MERCEDES” – CHICLAYO
PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2015**

TOTAL	MUERTE FETAL INTRAÚTERO			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
	49	100.00	49	100.00
Edad Gestacional	$X^2 \text{ exp} = 21.7 \quad X^2 \text{ tab} = 3.84 \quad p < 0.05 \quad OR = 7.8$			
< 37	38	77.55	15	30.61
≥ 37	11	22.45	34	69.39
Paridad	$X^2 \text{ exp} = 8.6 \quad X^2 \text{ tab} = 3.84 \quad p < 0.05 \quad OR = 0.2$			
Primíparas	07	14.29	20	40.82
Múltiparas	42	85.71	29	59.18
Atención Pre Natal	$X^2 \text{ exp} = 28.4 \quad X^2 \text{ tab} = 3.84 \quad p < 0.05 \quad OR = 46.15$			
Incompleta	48	97.96	25	51.02
Completa	01	02.04	24	48.98
Antecedentes de Riesgos	$X^2 \text{ exp} = 15.6 \quad X^2 \text{ tab} = 3.84 \quad p < 0.05 \quad OR = 4$			
SI	13	26.53	04	08.16
NO	36	73.47	45	91.84
Complicaciones del Embarazo	$X^2 \text{ exp} = 2.62 \quad X^2 \text{ tab} = 3.84 \quad p > 0.05 \quad OR = 2.3$			
SI	10	20.41	05	10.20
NO	39	79.59	44	89.80

Fuente: Ficha - Anexo

CUADRO N° 4

**FACTORES DE RIESGOS PERINATALES ASOCIADOS A MUERTE
FETAL
DEPARTAMENTO DE GÍNECO – OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE “LAS MERCEDES” – CHICLAYO
PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2015**

TOTAL	MUERTE FETAL INTRAÚTERO			
	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
	49	100.00	49	100.00
Sexo del RN	$X^2 \text{ exp} = 5.1$ $X^2 \text{ tab} = 3.84$ $p < 0.05$ $OR = 0.4$			
Femenino	13	26.53	24	48.98
Masculino	36	73.47	25	51.02
Peso del RN (Gramos)	$X^2 \text{ exp} = 25.6$ $X^2 \text{ tab} = 3.84$ $p > 0.05$ $OR = 9.8$			
2500	39	79.59	14	28.57
≥ 2500	10	20.41	35	71.43
Circular de Cordón	$X^2 \text{ exp} = 3.02$ $X^2 \text{ tab} = 3.84$ $p < 0.05$ $OR = 2.6$			
SI	10	20.41	04	08.16
NO	39	79.59	45	91.84

Fuente: Ficha – Anexo

IV.- DISCUSIÓN

Durante el período enero – diciembre del 2015, en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, se atendieron un total de 2459 nacimientos de los cuales el 2% (49) fueron muertes fetales intraútero. (Cuadro N° 1)

Porcentaje similar al reportado por **La Torre V, Gutiérrez R** ⁽²³⁾ en el mismo hospital durante el año 2013 (2.3% - con 85 casos de muertes fetales). Al parecer el número de muertes ha bajado pero la incidencia permanece igual.

Como se sabe, las muertes fetales intraútero en los últimos años, continúan siendo un serio problema de salud pública, por el subregistro y la ausencia de reportes confiables que tengan en cuenta tanto el número de casos como la precisión en la determinación de su causa. Sólo se sabe que, representa en general, un tercio de toda la mortalidad fetal e infantil y más del 50% de todas las muertes perinatales en los países desarrollados. ⁽³³⁾

Desdichadamente, las estadísticas mundiales no son comparables, pues en algunos países se incluyen pérdidas muy tempranas de la gestación y en otros hay pobre o deficiente registro e información, como ocurre en la mayoría de países subdesarrollados. Aunque los sistemas de registro no siguen criterios de inclusión uniformes, se estima que por cada 1.000 nacimientos se presentan 5,3 (rango, 4,2 a

6,8) muertes fetales en los países desarrollados y 25,5 (rango, 20 a 32) en los países en desarrollo. ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾

En nuestro estudio hemos hallado que el ser soltera o conviviente (OR: 10.8), el tener edades extremas (4.6) y el proceder de una zona urbano – marginal o rural (OR = 4) fueron factores de riesgos sociodemográficos asociados a muerte fetal ($p < 0.05$). Dentro de los factores de riesgos Obstétricos asociados a muerte fetal intraútero se encontró a las gestaciones pretérminos (OR = 7.8), la multiparidad (OR = 0.2), la atención pre natal incompleta (OR = 46.15), los antecedentes de riesgo (OR = 4). ($p < 0.05$). El sexo masculino (OR = 0.4) y el bajo peso (OR = 9.8) fueron factores asociados a muerte fetal intraútero ($p < 0.05$). Por el contrario, el circular de cordón fue un factor de riesgo de muerte fetal intraútero con un OR de 2.6. (Cuadros N° 2 al 4).

En el estudio de **La Torre V, Gutiérrez R** ⁽²³⁾ se encontró, que el 68.24% de las muertes fetales intraútero se produjeron antes de las 37 semanas de gestación en productos femeninos en el 57.65%, cuyo peso fue < de 1500 gramos en el 45.88%, cuyas madres fueron multíparas en el 69.24%, entre los 24 a 29 años, convivientes y procedentes de zonas rurales, con menos de 6 atenciones pre natales en el 77.65%.

Asimismo, en el estudio de Linares J, Poulsen R en Chile, encontraron que el 30% tenía entre 15 a 20 años, 61% eran multíparas, 11% consumió sustancias nocivas durante la gestación y 15% no controló su embarazo. ⁽³⁶⁾

Flenady V, Koopmans L y Colab, ⁽¹⁷⁾ hallaron que: La primiparidad contribuye a aproximadamente el 15% de los casos de muerte fetal intrauterina.

Resultados como los de Panduro J y Colab ⁽¹⁸⁾ se asemejan a nuestro estudio, quienes hallaron que; de los factores de riesgo estudiados se asociaron con muerte fetal: edad materna mayor de 35 años, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal y atención prenatal deficiente.

Es preciso destacar que hemos hallados que el 20.41% (10) de nuestras pacientes tuvieron complicaciones durante el embarazo (5 Pre Eclampsia, 04 RPM y DPP). (Resultado dentro del Cuadro N° 3)

La Torre V, Gutiérrez R ⁽²³⁾ hallaron en su estudio una prevalencia de Infecciones del Tracto Urinario en el 25.88%, Pre eclampsia en el 21.18%, Anemia 12.94% y RPM en el 11.77%.

Linares J, Poulsen R ⁽³⁶⁾, encontraron que, las patologías maternas asociadas al embarazo fueron: Obesidad, pre eclampsia y lúes serológica.

Flenady V, Koopmans L y Colab, describen que la existencia previa de diabetes e hipertensión, siguen siendo factores contribuyentes importantes en la muerte fetal intrauterina. ⁽¹⁷⁾

Es preciso destacar que no se ha excavado en conocer las causas verdaderas de muerte fetal, pese a que no fue objetivo de este estudio, pero hubiera sido interesante ilustrarnos en el tema.

V.- CONCLUSIONES

- La incidencia de muertes fetales en el período de estudio fue 2%
- Los factores de riesgos sociodemográficos asociados a muerte fetal fueron: el ser soltera o conviviente (OR: 10.8), el tener edades extremas (4.6) y el proceder de una zona urbano – marginal o rural (OR = 4). ($p < 0.05$).
- Dentro de los factores de riesgos Obstétricos asociados a muerte fetal intraútero se hallaron las gestaciones pretérminos (OR = 7.8), la multiparidad (OR = 0.2), la atención pre natal incompleta (OR = 46.15), los antecedentes de riesgo (OR = 4). ($p < 0.05$).
- El sexo masculino (OR = 0.4) y el bajo peso (OR = 9.8) fueron factores asociados a muerte fetal intraútero ($p < 0.05$). Mientras que el circular de cordón fue un factor de riesgo de muerte fetal intraútero con un OR de 2.6.

VI.- RECOMENDACIONES

- Capacitación a todos los involucrados en el campo de la Gineco – Obstetricia sobre el tema tratado incidiendo en conocimiento de los Factores de Riesgos Sociodemográficos, Obstétricos y Perinatales.
- Insistir en la captación y seguimiento de gestantes adolescentes y añosas, brindándoles una adecuada atención prenatal de calidad.
- El manejo clínico de estas pacientes debe realizarse en unidades materno – fetales con experiencia.
- Realización de estudios orientados en conocer su prevalencia actual en nuestro medio.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologist. Management of stillbirth. ACOG Practice Bulletin N°. 102. Obstet Gynecol 2009; 113:748-61.
2. Scott J. Stillbirths: breaking the silence of a hidden grief. Lancet 2011; publicación electrónica <http://www.thelancet.com/series/stillbirth>.
3. Froen F, Cacciatore J, McClure EM, et al. For The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: why they matter. Lancet 2011; publicación electrónica <http://www.thelancet.com/series/stillbirth>.
4. Ávila V, J. Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal. Grupo temático de Salud Materno Infantil. Dirección General de Epidemiología. Boletín epidemiológico 14. Volumen 22 – Semana Epidemiológica N° 14, abril 2013.
5. Mc Clure EM, Wright LL, Goldenberg RL, Goudar SS, Parida SN, Jehan I, et al. The global network: a prospective study of stillbirths in developing countries. Am J Obstet Gynecol 2007;197:247.e1-5.
6. Lawn E, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I, et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? Lancet 2011;377(9775):1448-63.
7. Romero Gutiérrez G, Martínez Ceja CA, Ponce Ponce de León AL, Abrego Olvira E. Factores de riesgo de nacimiento pretérmino. Ginecol Obstet Mex 2004;72:109-15.

8. Ohana O, Holcberg G, Sergienko R, Sheiner E. Risk factors for intrauterine fetal death (1988-2009). *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24(9):1079-83.
9. Munim S, Nawaz FH, Ayub S. Still births -eight years experience at Aga Khan University Hospital Karachi, Pakistan. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24:449-52.
10. Dane. Defunciones fetales por área y sexo - total nacional <http://www.dane.gov.co/C2%A02011> [citado 2015 julio 26].
11. Lawn J, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I, Gardosi J, Day L, Stanton C. Muerte fetal intrauterina: ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cómo lograr que se tengan en cuenta los datos? www.thelancet.com. 2012.
12. Shiffman J. Issue attention in global health: the case of newborn survival. *Lancet* 2010; 375: 2045–49.
13. Woods R. Long - term trends in fetal mortality: implications for developing countries. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 460–66.
14. Ananth CV, Liu S, Joseph KS, Kramer MS. A comparison of foetal and infant mortality in the United States and Canada. *Int J Epidemiol* 2009; 38: 480–89.
15. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet* 2010; 375: 1988–2008.

16. Libro de Registro de sala de partos del HRD “Las Mercedes” – Chiclayo. Año 2014 – 2015.
17. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2011 - Australia; publicado en línea el 14 de abril. DOI:10.1016/S0140-6736(10)62233-7.
18. Panduro J, Pérez J, Panduro E, Castro J, Vásquez M. Factores de riesgos prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. Rev. Chil Obstet Ginecol 2011; 76(3).
19. Xóchitl K, Ávila J, Pardo R. Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) en Vol. IV, Nº 2, mayo-agosto 2012, pp 71-78
20. Rivas E, Vásquez D. Óbito fetal: Hallazgos de patología en una institución de alta complejidad. Cartagena, Colombia, 2010-2011. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 63 No. 4. Octubre - Diciembre 2012. (376-381).
21. Molina-Giraldo S y Colab. Caracterización de las muertes fetales y factores asociados en una institución latinoamericana de IV nivel de atención. Art. Original. Ginecol Obstet Mex 2014;82:595-603.
22. Castro M, Y. “Perfil Epidemiológico del Óbito Fetal en el Hospital III-Chimbote-EsSalud, periodo 2003-2008.” Trabajo presentado para

optar el título de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2009

23. La Torre V, Gutiérrez R. Características Clínico - Epidemiológicas de las muertes fetales intraútero ocurridas en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, período 2013. Tesis presentada a la Universidad Particular de Chiclayo para optar el Título de Licenciada en Obstetricia.
24. Silver R, Varner M, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D y Colab. Work-up of stillbirth: A review of the evidence. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 May; 196(5):433-44.
25. Fretts R. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193:1923-35.
26. Martin J, Hoyert D. The National Fetal Death File. *Semin Perinatol.* 2002; 26:3-11.
27. Vergani P, Cozzolino S, Pozzi E, Cuttin MS, Greco M, Ornaghi S, Lucchini V. Identifying the causes of stillbirth; a comparison of 4 classification systems. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199:319. E1-319.
28. Kean L. Intrauterine fetal death. *Curr Obstet Gynaecol.* 2006;16:199-205.
29. Elamin S, Langhoff-Roos J, Boedker B, Ibrahim SA, Ashmeig AL, Lindmark G. Classification of perinatal death in a developing country. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003;80:327-33.

30. Molina-Giraldo S, Alfonso D. Vigilancia fetal anteparto. Texto de perinatología y neonatología. Bogotá, Colombia. Organización Mundial de la Salud 2006.
31. Filkins K, Koos B. Ultrasound and fetal diagnosis Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2005 April; 17(2):185-95.
32. Jones N, Bugg G, Gribbin C, Raine - Fernning N. Assessing fetal health. Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine. 2008; 18:145-9.
33. Gribbin C. Assessing fetal health. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol. 2008; 22: pp 510 - 528.
34. Smith G. Estimating risks of perinatal death. Am J Obstet Gynecol. 2005 Jan;192(1):17-22. Review.
35. Smith G, Fretts R. Stillbirth. Lancet. 2007;370:1715-25.
36. Linares J, Poulsen R. Muerte Fetal In Útero: Etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile. CIMEL 2007 Vol. 12 N° 1

ANEXO

FICHA CLÍNICA

Factores de Riesgos Sociodemográficos, Obstétricos y Perinatales asociados a Muerte Fetal
en el Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, durante el período enero –
diciembre del 2015

H.C N° _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

- Edad: ≤ 17 () 18 – 23 () 24 – 29 () 30 – 35 () > 35 ()
- Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente ()
- Procedencia: Urbana () Urbano – Marginal () Rural ()

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

G: ____ E.G: _____ FUP: _____

PARA: _____ Muerte fetal previa ()

APN: SI () NO () N° de Veces: _____

Complicaciones:

() Pre Eclampsia () Eclampsia () () DPP () PP () Diabetes

() Otra Especifique: _____

Características del Óbito:

Feto macerado () Malformaciones congénitas () Otras ()

Datos del Producto

Sexo: _____ Peso: _____ Sexo: _____ EG: _____

Circular de Cordón:

- Simple ()
- Ajustado ()
 - Doble ()
 - Triple ()