



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD**

**Factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres que fueron atendidas en el
Hospital de Cajamarca.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Rosario Maximina López Pérez. (ORCID: 0000-0003-3464-9599)

ASESOR:

Dr. Juan Pedro Soplapuco Montalvo (ORCID: 0000-0003-4631-8877)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los servicios de la salud

Chiclayo –Perú

2019

Dedicatoria

Este trabajo de investigación está dedicado a mis queridos hijos quienes son motivo de mi superación.

Agradecimiento

Al ser supremo por guiar mi camino profesional, y por hacer realidad este gran sueño.

A mi maravillosa familia por animarme a no darme por vencida a pesar de las vicisitudes de la vida.

A mi asesor, Dr. Juan Pedro Soplapuco Montalvo, por su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, por sus consejos, que ayudaron a mi formación como persona e investigadora.

Página del jurado



DICTAMEN DE SUTENTACIÓN DE TESIS

LA BACHILLER : Rosario Maximina López Pérez.

Para obtener el Grado Académico de **Maestra en gestión de los servicios de la salud**, ha sustentado la tesis titulada: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ÓBITO FETAL EN MUJERES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CAJAMARCA.**

Fecha: 31 de Octubre de 2019

Hora: 6:00 pm

JURADOS:

PRESIDENTE : Dra Mercedes Alejandrina Collazos Alarcón Firma: 

SECRETARIO: Dr. Victor Augusto Gonzales Soto Firma: 

VOCAL : Dr. Juan Pedro Soplapuco Montalvo Firma: 

El jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobar por Unanimidad

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis

Recomendaciones sobre la tesis:

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de 15 días, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Declaratoria de autenticidad

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Rosario Maximina López Pérez, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI N°26715970 con la tesis titulada "Factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Cajamarca".

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto la tesis, no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados, son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya haya sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Cajamarca, 31 de octubre del 2019.



Rosario Maximina López Pérez

DNI N°26715970

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tablas.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO.....	20
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	20
2.2. Operacionalización de variables.....	21
2.3. Población, muestra y muestreo.....	23
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	23
2.5. Procedimiento.....	24
2.6. Método de análisis de datos.....	24
2.7. Aspectos Éticos.....	25
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN	32
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	47
Instrumento de medición de la variable.....	62
Validación del instrumento.....	65
Autorización para el desarrollo de la tesis.....	66
Formato de autorización para la publicación electrónica de la tesis	67
Acta de aprobación de originalidad de tesis	68
Reporte de Turnitin.....	69
Autorización de la versión final del trabajo de investigación	70

Índice de tablas

Tabla 1: Distribución por edad en mujeres.....	26
Tabla 2: Distribución por edad gestacional en mujeres.....	27
Tabla 3: Distribución por número de partos en mujeres.....	28
Tabla 4: Distribución por vía de parto en mujeres.....	28
Tabla 5: Distribución por estado civil en mujeres.....	29
Tabla 6: Distribución por antecedentes de abortos de las mujeres.....	30
Tabla 7: Distribución por antecedentes de cesáreas de las madres gestantes.....	31
Tabla 8: Distribución por factor de riesgo Control pre natal en mujeres.....	47
Tabla 9: Distribución por factor de riesgo pre eclampsia de las mujeres.....	48
Tabla 10: Distribución por factor de riesgo Síndrome de hellp en mujeres.....	48
Tabla 11: Distribución por factor de riesgo placentas previas de mujeres.....	49
Tabla 12: Distribución por factor de riesgo desprendimiento prematuro de Placenta normo inserta en mujeres.....	50
Tabla 13: Distribución por factor de riesgo retardo de crecimiento intrauterino en mujeres.....	51
Tabla 14: Distribución por factor de riesgo ruptura prematura de membranas en mujeres.....	52
Tabla 15: Distribución por factor de riesgo Prolapso de cordón en mujeres.....	53
Tabla 16: Distribución por factor de riesgo circular de cordón en mujeres.....	54
Tabla 17: Factores de riesgo asociados a óbito fetal según edad en mujeres.....	55
Tabla 18: Factores de riesgo asociados a óbito fetal según edad gestacional en mujeres.....	55
Tabla 19: Factores de riesgo asociados a óbito fetal según número de partos en mujeres.....	56
Tabla 20: Factores de riesgo asociados a óbito fetal según vía de parto en mujeres.....	56
Tabla 21: Factores de riesgo asociados a óbito fetal según estado civil en mujeres.....	57

Tabla 22: Distribución por antecedentes de abortos de las mujeres.....	57
Tabla 23: Distribución por antecedentes de cesáreas de las mujeres.....	57
Tabla 24: Distribución por factor de riesgo Control pre natal en mujeres.....	57
Tabla 25: Distribución por factor de riesgo pre eclampsia de las mujeres.....	58
Tabla 26: Distribución por factor de riesgo Síndrome de hellp en mujeres.....	58
Tabla 27: Distribución por factor de riesgo placentas previas de mujeres.....	58
Tabla 28: Distribución por factor de riesgo desprendimiento prematuro de Placenta normoinserta en mujeres.....	59
Tabla 29: Distribución por factor de riesgo retardo de crecimiento intrauterino En ujeres.....	59
Tabla 30: Distribución por factor de riesgo ruptura prematura de membranas en mujeres.....	59
Tabla 31: Distribución por factor de riesgo Prolapso de cordón en mujeres.....	63
Tabla 32: Distribución por factor de riesgo circular de cordón en mujeres.....	59
Tabla 33: Distribución por factor de riesgos asociados a óbito fetal en mujeres.....	60
Tabla 34: Distribución de factor de riesgo por Correlación de Pearson.....	61

RESUMEN

El presente estudio: “Factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres que se atendieron en el 2018 en el Hospital de Cajamarca, de carácter correlacional; tuvo como propósito **determinar la relación entre los factores de riesgo y el óbito fetal en mujeres que se atendieron en el 2018 en el Hospital de Cajamarca.** La muestra estuvo conformada por 21 casos que corresponde a todas las madres que tuvieron óbito fetal. Para la recolección de los datos correspondientes se revisaron las historias clínicas y se utilizó una ficha semiestructurada con las variables de estudio.

Los resultados de nuestra investigación muestran como factores de riesgo Macroambiente con el 66.7% al estado civil soltera, como factores de riesgo Matroambiente a la edad materna que está comprendida entre menores de 20 a mayores de 35 años con 76.2%, la paridad con un 52.4% que muestra que las mujeres tuvieron igual o mayor a tres partos, la vía de parto que indica un 71.5% vaginal, como factores de riesgo Microambiente a la Hipoxia fetal comprende el 85.7% y el 52.4 % que muestra que los óbitos fetales tuvieron una edad gestación de 28 semanas a más.

No se encontró una relación perfecta entre las variables de estudio y el óbito fetal, ya que “r” cursó valores por debajo de 1, según el Baremo de Pearson la relación entre los factores de riesgo y el óbito fetal sería una relación directa positiva.

Palabras clave: Óbito fetal, factor de riesgo, matroambiente, macroambiente, microambiente.

ABSTRACT

This study: "Risk factors associated with foetal death in women who were treated in 2018 at the Hospital de Cajamarca, of a correlational nature; purpose was to determine the relationship between risk factors and foetal death in women who were treated in 2018 at the Cajamarca Hospital. The sample consisted of 21 cases for all mothers who had fetal death. For the collection of the corresponding data, the medical records were reviewed and a semi-structured sheet with the study variables was used.

The results show as Macroenvironment risk factors with 66.7% to the unmarried marital state, as Matroambiente risk factors at maternal age that range from under 20 to over 35 years with 76.2%, parity with 52.4% showing that they are had equal to or greater than three births, the birthing pathway indicating 71.5% vaginal, as Microenvironment risk factors to fetal hypoxia comprises 85.7% and 52.4% showing that fetal death rates had a gestation age of 28 weeks to more.

No perfect relationship was found between study variables and fetal death, as "r" carried values below 1, according to Pearson's Baremo the relationship between risk factors and fetal death would be a positive direct relationship.

Keywords: fetal death, risk factor, matroambiente, macroenvironment, microenvironment.

II. INTRODUCCIÓN

Con respecto a la **realidad problemática**, la mortalidad fetal constituye uno de los problemas medulares referida a la salud pública. Esto a pesar que se constituye en evento que se puede evitar. A pesar de los promedios logrados nivel nacional, el desarrollo al interior del país fue desigual; y es más escasa de las zonas pobres. Eso continúa siendo una agenda pública.

Se puede decir también que, cada año se presenta un aproximado de 2,65 millones de fallecimiento por problemas al interior del útero en los últimos tres meses de gestación. En los estados donde los ingresos están en un nivel medio y bajo un 55% como lo son las zonas rurales africanas subsahariana y también en el Asia meridional. En estas zonas las posibilidades para cesares, atención calificada con el personal es baja en lo que se refiere al parto urbano. La mortalidad fetal intrauterina en cuanto a tasa se refiere tiene una variación de 2,0 en cada mil nacidos de acuerdo a la información de Finlandia. (The Lancet, 2012, p.56).

En todo el mundo, se puede advertir que 19 millones de muerte fetal se producen en el momento del parto (intraparto). Se estima que las tasas son más altas cuando son bajos los ingresos de los países casi la mitad de los casos son bebés a término que fallecen durante el trabajo de parto, viables si recibieran una mejor atención durante el nacimiento. Los casos de muerte fetal intrauterina preparto (1,46 millones) requieren una mejor atención durante el embarazo, con un enfoque en las infecciones maternas, la hipertensión y el crecimiento fetal deficiente (The Lancet, 2012, p.56)

Los cálculos nacionales y mundiales sobre la causalidad de la muerte fetal intrauterina y las afecciones maternas vinculadas se ven obstaculizados por los más de 35 sistemas de clasificación diferentes. Teniendo en cuenta las barreras, los cinco puntos que deben ponerse en juego para disminuir las muertes en este tema a nivel general es claro: complicación en el nacimiento, infección de la madre en el tiempo de embarazo, las afecciones de la maternidad, limitaciones de desarrollo del feto y alguna anomalía que puede ser congénita. (The Lance, 2012, p.57)

En cuanto al Perú, la OMS (Organización Mundial de Salud) en el 2013 mostró que en el Perú se dio 3420 muertes fetales; donde el 80% se dio en 15 direcciones de salud. Asimismo el 72,95% de estas muertes se reportó en el último trimestre (> de 28 semanas de edad gestacional); así como el 38,45% los fetos pesaron de 2500 gramos a más. El 53,3% de muertes ocurrió en el trimestre último con un alto peso. (OMS, 2014).

El 38% de muertes se han considerado que se han podido evitar puesto que se tuvo condiciones para sobrevivir la condición es que tenían buen peso y eran mayor de 28 semanas. El 85,1% de las defunciones fetales sucede antes del parto; 15 de cada 100 muertes corresponden durante el parto.

En los años del 2011 y 2012 sucede de modo similar. Por otro lado la consideración de muerte fetal no especificada se reporta en el sistema de vigilancia que corresponde 39,85%. Las primeras causas de muerte corresponden a hipoxia, malformación congénita, condición de la madre, asfixia, complicación de placenta, membranas y de cordón umbilical se reporta que son las primeras causa de mortalidad. (OMS, 2014).

La DIRESA CAJAMARCA menciona que, aunque se haya disminuido las muertes fetales en la última década sigue siendo una brecha de salud pública. Esto es no porque sea una prevalente sino por la ausencia de registros y los reportes confiables.

El hospital Regional Docente de Cajamarca registró 80 muertes fetales durante el año 2014, sin embargo los factores causantes se desconocen, a pesar que son las malformaciones congénitas y la hipoxia fetal las que figuran como las primeras causas de muerte fetal ya sean en fetos con más de 20 semanas de gestación, a término, o con peso sobre 500gr, o con más de 10 controles prenatales los que evidencian el deseo de la mujer gestante de lograr tener entre sus brazos a un bebe sano y salvo; es así que orienta con esta investigación a ejecutar una revisión que tienda a la evaluación las causas riesgosas y logrando que se dé a las mujeres embarazos exitosos. (Epidemiología-DIRESA Cajamarca, 2018).

“La muerte fetal resulta ser una problemática de gran impacto en el sector de salud pública, en los médicos que prestan atención a gestantes en la comuna, para los especialistas en Obstetricia y Ginecología, para las pacientes y sus familiares” (Gómez, Pérez, Enríquez, Pastrana y Jiménez, 1999-2009): Available from: http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3909/1/Mortalidad_fetal-tardia.html.) Pues origina una gran desdicha en los padres, repercutiendo de forma importante en el ambiente familiar.

Con relación a los antecedentes investigados, Meza, J. (2016) encontró relación estadística directa significativa entre el óbito fetal y el rompimiento temprano del tejido de membranosos. Esto debido que durante el diagnóstico el porcentaje de 51,6% evidenciaron una rotura de membrana. Se anota con respecto a esto que sigue siendo fenómeno variado convirtiéndose en la práctica médica una complicación aumentando la mortalidad y morbilidad fetal materna resultados que coinciden con dicha investigación.

En un trabajo de investigación realizado por **Rodríguez, F. et él. (2017)** Mencionan que es cotidiano localizar grupos de madres gestantes de alteraciones metabólicas, un número mayor de pacientes diabéticos gestacionales que de diabéticos pre gestacionales; siendo la desproporción en el tamaño del feto la perturbación más común al final de la gestación, siguiéndole los de poco peso a la hora del nacimiento, las deformaciones y los decesos a nivel de feto y al nacer. Se anota que la diabetes materna sigue siendo actualmente un causa de peligro indistintamente de decesos fetales, aproximadamente un medio de los decesos a nivel de feto suceden anteriores a la semana 30 de embarazo, realidad que concuerdan con la presente investigación.

En cuanto a los factores maternos y neonatales, en estudio realizado por **Espíritu, G. (2019)** concluye que las causas de peligro obstétrico de la muerte del recién nacido incluida la muerte fetal, fueron la ausencia de control prenatal y la presencia de patologías obstétricas como la enfermedad hipertensiva en el embarazo y el sangrado abundante en el segundo periodo del embarazo; resultados que difieren con nuestra investigación ya que tanto el control prenatal, enfermedades hipertensivas en el embarazo y las hemorragias en la segunda mitad del embarazo muestran independencia con óbito fetal.

En tanto al Control Prenatal, **Alejandro, Ch. (2018)**, concluye que el inadecuado control prenatal de la gestante, menos de 6 controles prenatales, tiene una alta asociación con la presencia de muerte fetal tardía; sin embargo en nuestra investigación no encontramos una asociación estadísticamente significativa, vale la pena recalcar que encontramos un 76.19% de gestante que no tuvieron controles prenatales y un 19.04% tuvieron más de cuatro controles prenatales.

Con respecto a los factores fetales y ovulares, **Loyola, U & Oyervide, S. (2016)**, concluyen que no hay una causa del óbito principal, el placentario/ovular se manifestó en un 27,1 de los pacientes, el materno en un 26,5%, y el fetal en un 23,1% y existió un 20,6% de factores desconocidos; resultados que coinciden con nuestra investigación en donde encontramos la

presencia de un 80.95% de caída prematura de Placenta, 19% de Placenta Previa, 57.14% de Circular de Cordon, 19% de Prolapso de cordón.

Referente a la edad de la madre, **Gudiel, G. (2019)** menciona que del total de pacientes con muerte fetal intrauterina el (67.5%) pacientes tuvo entre 20-35 años y el (30,0%) pacientes más de 35 años; y encontró relación a nivel estadístico significativa entre la edad del paciente y la ocurrencia de decesos fetales intrauterinos.

Además, acerca del estado civil de la paciente, el autor halló que del total de pacientes con muerte fetal intrauterina el (55.0%) pacientes tuvo un estado civil de conviviente, el (25.0%) casada y el (20.0%) soltera, por lo que concluyó que hay una relación a nivel estadístico significativa entre el estado civil y la ocurrencia de decesos fetales intrauterinos; resultados que dieran de nuestra investigación ya que en cuanto a la edad de las pacientes, el 76.2% tuvieron edades por debajo de 21 y superiores de 35 años y en cuanto al estado civil, el 66,7% fueron convivientes.

En cuanto se refiere a los factores de riesgo biomédicos, **Leyva, Y. (2017)**; refiere que la el tiempo del feto menor a 37 semanas, sufrimiento fetal, malformación se asocian de manera directa a muerte fetal. Asimismo, presentan factores de riesgo de tipo socioeconómico, madres sin estudios, el domicilio, falta de atención pre natal se vinculan de manera directa con muerte fetal y que el factor socioeconómico de una madre que convive, es un factor protector para la muerte fetal; en cuanto a éste último difiere a nuestro trabajo de investigación ya que en nuestra localidad las parejas convivientes no presentan relaciones estables ni mucho menos patrones socioculturales sólidos.

En todos los años durante el embarazo los trastornos de hipertensión evidencian más o menos una 50 000 muertes de madres y 900 000 perinatales; es así que en un trabajo realizado por **Nápolo, M. (2016)** en cuanto a las recientes comprensiones de la tipología y diagnóstico de preeclampsia concluye diciendo: que las nuevas orientaciones de diagnóstico y clasificación según criterios de las organizaciones de ciencia facilitan una precisión para el reconocimiento de preeclampsia y los diagnósticos particulares facilitando un control e impacto reduciendo falsos positivos mejorando resultados perinatales y maternos.

Borge; Martínez. (2018) en un trabajo de investigación concluyó: las principales variables de riesgos preconceptionales vinculadas a muertes fetales tardías son, la epilepsia y el asma, el embarazo múltiple las que obtuvieron significados estadísticos; así también el precedente de drogadicción y uso del cigarrillo también obtuvieron grandes significados estadísticos;

y también las enfermedades en la gestación relacionados con muertes fetales tardías como relacionadas con la presión alta placenta previa, DPPNI, RPM obtuvieron resultados significativos a nivel estadístico.

Además que el CPN menores de 4 representaron un componente de peligro y por último que los factores básicos de riesgos de decesos fetales tardíos en los fetos para esta indagación fueron las malformaciones congénitas, RCIU, malformaciones del cordón, conclusiones que se asemejan a los de nuestra investigación a pesar de que no encontramos una significancia estadística, además los factores de riesgo de epilepsia y asma no fueron considerados dentro de nuestra investigación.

Según **Redondo, De Oro. (2014)** acerca del sistema de clasificación de ReCoDe, lo que permitió un preciso clasificación tipológica de causas de muerte con el 97% de óbito fetal evidenciados a autopsia en un establecimiento de salud de Cartagena de Colombia entre los años 2012 – 2014 estableciendo la probable causa de la muerte en un 97% siendo las condiciones vinculadas a muerte fetal una insuficiencia placentaria (44,7%), continuadas con las alteraciones del líquido amniótico (18,6%), causas maternas con el 12,8% y factores fetales con 12%; y sólo un 2,8% se reportó como casos que no se podían explicar.

En cuanto a la mortalidad fetal tardía, **Hidalgo, A. (2018)** en un estudio que realizo en el nosocomio II-1 en julio del 2014 en la ciudad de Moyobamba en torno a factores asociados de muerte perinatal se encontró que corresponde a 41.37 por 1000n. siendo esta una de las más elevadas del Perú. Por otro lado no se encontró vinculación directa significativa referente a la muerte perinatal en ruptura de membrana, años de la gestante, nivel educativo, situación legal, gestaciones numéricas, ITU, aborto, etc. siendo un factor común a todos los casos la deficiente información de la población sobre los problemas perinatales y la muerte fetal.

Se anota sobre la mortalidad de muerte fetal entre los años 2014 y 2018 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca fue el 22.9 y 16.9 respectivamente, datos que difieren a la investigación en cuanto se observa que la mortalidad fue en descenso, además sobre la vinculación significativa de muerte fetal con los edades de las madres, rompimiento del tejido membranoso, número de gestaciones, estado civil, grado de instrucción, ITU, aborto, no fue establecía, resultados que se asemejan a los de la investigación mencionada

En cuanto a las **bases teóricas**, tenemos que la muerte perinatal fue un impactante suceso en salud pública que no solo repercute en los padres, sino también al personal de salud que

está íntimamente relacionado con el proceso de la gestación, muchas veces este evento resulta ser imprescindible.

El Ministerio de Salud. (2017) menciona que la OMS conceptúa de la muerte perinatal como una defunción que se da previamente a la extracción o expulsión del feto individualmente de la edad de la embarazada en acuerdo a la edad de gestacional con peso mayor a 500 gramos.

Según la Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal. (2018) refiere que la Sociedad Nacional de muerte perinatal lo define la muerte intrauterina y el posterior bebe que se desarrolló aproximadamente 20 semanas a más en la gestación. Esta muerte se produce más o menos 1 entre 160 gestaciones debido que de modo general las defunciones sucede antes de que nazca y un pequeño porcentaje se ocasiona durante el nacimiento.

La variable dependiente, Muerte Fetal: En 1982, la asociación universal ginecológica y obstétrica (FIGO) especificó los decesos fetales como aquellas que ocurren anteriores a la eliminación o sacar por completo fruto de la procreación, indistintamente del tiempo de la gestación; continuamente, así también la (OMS), denomina las muertes fetales a aquellas que se dan antes de la eliminación o salida del fruto de la gestación y que luego de su nacimiento no logra respirar ni manifiesta evidencias algunas de vitalidad, ritmo cardíaco, pulsación del cordón umbilical o menea definido de los ligamentos automáticos. (Trejo y Avila, 2012).

Se especifica decesos **fetales inexplicados** a lo que pasa con el feto en edades mayores de 5 meses o con pesos superiores a medio kilogramo, lo que ni en la necropsia ni los exámenes histológicos del cordón umbilical, placenta y membranas, se pueden observar las causas ((PDF) Risk factors for antepartum stillbirth, 2019)

Por su cronología en el momento de producirse la muerte fetal intrauterina lo dividiremos de la forma que a continuación se detalla: muertes fetales tempranas: se producen antes de los 5 meses del embarazo o los que pesan un promedio de medio kilogramo a los que se les conoce como abortos.

Muertes fetales intermedias: Se producen entre las 22 y 27 semanas, pesan un promedio de 500 gramos y 999 gramos. **Muertes fetales tardías:** se producen después alrededor de

los 7 meses o con pesos fetales por encima a 1000 gramos (Unicef Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012).

Refiere Vilavila (2018) que según WHO Stillbirths, **la epidemiología** se ve de la siguiente forma: a nivel mundial curren al menos de 2.65 millones de muertes fetales cada año; y de estos más de la mitad (1,45 millones) ocurren durante el periodo previo al parto) en los estados con buen ingreso económico, la proporción de muertes fetales ocurridas durante el periodo intraparto ha disminuido considerablemente, pero el número de muertes fetales antes del parto no ha sido así; esto indica que incluso en los países de ingresos altos, las estrategias basadas en la identificación de embarazos de alto riesgo no han alcanzado el éxito previsto en la prevención de la muerte fetal intrauterina.

Además Saucedo (2016) menciona que el Plan de Acción Mundial de todos los Recién Nacidos por parte de la 67^a Asamblea Mundial de la Salud, establece el objetivo mundial de alcanzar una tasa de muerte fetal inferior a 10 por mil nacimientos para el 2035.

Según Carreño (2018) en Chile las cantidades de decesos al nacer demuestran una gran disminución, al inicio de los años 70 de 19,000 que nacían con vida por cada nuevo ser 7.7. Pero, en las últimas décadas se evidencia una inclinación al aumento en las cantidades, aumentando periódicamente.

Mientras que Ávila (2016) nos refiere que en el Perú se registraron 3679 muertes fetales por año durante el periodo 2013-2018, las cuales son más frecuentes en la sierra; durante el año 2016, La Libertad, Cajamarca, Huánuco; Amazonas y Cusco notificaron el mayor número de muertes fetales.

En el año 2014, en Perú, el MINSA notificó 3402 muertes. El 80% notificó 15 direcciones de salud. En cuanto a la muerte intraparto, el 87,12% de muerte fetal sucede antes de nacer. Mientras que 13 de 100 muertes fetales sucede durante el parto. Las proporciones de muerte intraparto se ha disminuido de modo progresivo en la selva y costa. Por otro lado es bueno evidenciar que en la sierra se incrementó en el 2013 de 66,7% a 72,1% en el 2014.

Asimismo la muerte intraparto en producto de 2500 gramos a más con 28 a más semanas de embarazo sin malformaciones congénitas es letal. Asimismo predomina en la sierra la mortalidad fetal tardía, 78,57 de muertes fue de modo tardío. Esto se mantuvo estable entre los años 2011 a 2014. Pasco, Ucayali y Jaén se registra una proporción al 90% fueron

atendidas en el hospital de Jaén, Hospital de Essalud y hospital regional de Pucallpa. (MINSa, 2014).

Y si hablamos de las variables causantes de la muerte fetal el 31,83% que han sido comunicadas a los sistemas de supervisión son consignadas en decesos fetales que no se especifica. Las malformaciones, la hipoxia, la condición de la madre, hipertensión, enfermedades renales se consideran como las causas primeras de muerte fetal (MINSa, 2014).

La tasa de fallecimientos fetales en el nosocomio Docente de Cajamarca varía desde el año 2012 con 0.019, 2013 con 0.019, 2014 con 0.022, 2018 con 0.017; en el cual se observa que existe el riesgo de que cada 100,000 nacidos vivos que se atienden en el Hospital 17 fallecen, en realidad es un bajo riesgo (ASIS CAJAMARCA; 2018,p.68)

Para determinar la historia de muerte perinatal es necesario de un estudio clínico diagnóstico llamado anatomopatológico y cito-genético. Estudios previos agruparon el problema metodológico en vía de una comparación entre poblaciones de la frecuencia de muerte perinatal. Estas radican en la ausencia de definiciones aceptadas, el dominio de tasas diferentes, modos en que se estima una edad gestuaria, diseños comparables. (Ramírez, 2018).

Ramírez (2018) refiere que en la **etiología de la muerte fetal** acorde al orden se reportan teniendo en cuenta las causas que se encontraron: Diabetes, hipertensión, infección de la placenta, hematomas, calcificaciones, insuficiencia de placenta, infartos, transfusión, necrosis, circular-nudo-procidencia, arterial sistémica, anomalías congénitas, no determinadas.

La variable independiente, factores de riesgo: Según la Organización Mundial de Salud una causa de peligro es toda muestra, peculiaridad o manifestación de una persona que incrementa sus posibilidades de padecer enfermedades o lesiones (OMS).

Un elemento de peligro puede ser las peculiaridades o coyuntura detectada en un individuo o conjunto de seres humanos que se relaciona con la posibilidad de encontrarse propenso a adquirir o sufrir un estado delicado, sus peculiaridades se afilian a una forma de peligro.

Sobre los fundamentos filosóficos de los conceptos de “Factores de Riesgo”, Senado, D (1999) menciona: **Heráclito** presintió además la esencia en contradicción de toda lo creado

y que está en movimiento, las características de los bienes por las interacciones y pelea entre elementos opuestos, origen de los avances y cambios. **Marx y Engels**, investigaron las interrelaciones entre esencia, las sociedades y los pensamientos, estableciendo el razonamiento empírico:

Unidad y lucha de contrarios: Hace alusión a todos las rarezas, metas y desarrollo, incoherencias intrínsecas, factores y preferencias contradictorias que se ejecutan en una fase predeterminada, desapareciendo de lo antiguo y apareciendo de lo reciente. Permitiendo esclarecer los impulsos en combate, que se contraponen al desarrollo y lo que lo beneficiará.

Negación de la negación: Señala la dirección del desarrollo, continuidad entre lo negado y lo que niega, condición del desarrollo que mantiene y conserva el contenido positivo de las fases anteriores que repiten sobre bases superiores, rasgos iniciales y revelan su carácter progresivo y ascendente. ***La contradicción cantidad-calidad***: No es más que la manifestación del principio general de la contrariedad de todo lo existente, fuente y móvil del desarrollo.

Existe coincidencia entre tendencias filosóficas en destacar la importancia del equilibrio; así por ejemplo, la filosofía del Tao o Taoísmo, doctrina filosófica de entre los siglos IV y V (ane) que plantea como premisa esencial para garantizar la armonía y coherencia de su sistema de conocimientos, la existencia de dos cualidades o esencias opuestas, pero complementarias, antagónicas, pero sinérgicas, y excluyentes, pero dependientes, que llama "Ing y Yang". Esta teoría señala que la relación entre ellas fundamenta toda evolución, transformación o cambio, gracias a un permanente equilibrio.

Clasificación clínico Aberdeen: Fue el primer intento de clasificar las causas de muerte perinatal y publicada por Baird. Este esquema se basa enteramente en la información clínica disponible. Butler y Bonham, en 1958, desarrollaron un nuevo método de clasificación basado en la encuesta de mortalidad perinatal británica que incluía los resultados de los exámenes post mortem (Korteweg, Gordijn, y Timmer, 2006). En 1977, Naeye añadió hallazgos placentarios en su propuesta de una nueva clasificación (Keeling y Golding, 1989).

Wigglesworth: En 1980, Wigglesworth introdujo el sistema de clasificación de nueve categorías que actualmente es utilizado en la presentación de informes para tasas de mortalidad perinatal. Ha habido varios intentos de clasificar otras causas de muerte fetal (Thomson, 1986) (Chan, King JF, & Flenady, 2004).

Todas estas clasificaciones con de la definición tradicional de la muerte perinatal y neonatal incluyen la muerte neonatal, así como la muerte del feto. Sin embargo, la morbilidad y la mortalidad neonatal pueden tener diferentes etiologías y mecanismos patogénicos que la muerte fetal intrauterina, se necesitan ser tratados por separado. Recientemente Gardosi et al, propuso un nuevo esquema de clasificación en la que se excluyen las muertes neonatales (Gardosi y Sue, Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study, 2005).

Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): Si bien esta organización alude la recopilación de los "origen" principales y auxiliares factores de la muertes fetales intrauterinas, con el fin de diagnosticar las situaciones sobresalientes dadas en el instante del deceso en la matriz. Esta es una organización jerarquizada donde el orden empieza desde los factores que influyen de manera directa en el embrión y su movimiento "hacia fuera" en agrupaciones anatómicas. Los estudiosos lograron demostrar una baja importante de muertes fetales no clasificadas en correspondencia con las clasificaciones de Wigglesworth.

Estos estudiosos recalcan la importancia de contribuir en la reducción del desarrollo del feto; con cerca del 50% de las muertes neonatales asociadas con restricciones al desarrollo del feto (Gardosi y Sue, Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study, 2005).

Red de investigación cooperativa de muerte fetal (SCRN), abordará tres hipótesis generales: El uso de la vigilancia estandarizada muestra que las tasas de muerte fetal son mayores que los reportados en la captación de estadísticas vitales, la placenta mejorará el diagnóstico de las condiciones fetales o placentarios y factores de riesgo ambientales en combinación con predisposición genética aumentan el riesgo de muerte fetal. (Silver, Varner, y Reddy, 2007) (Dudley, A New System for Determining the Causes of Stillbirth, 2010).

Clasificación de Ahued jr. Ahued jr et al. Sugieren una organización de causas de peligro que se basan en tres grandes escalas siendo macro ambiente que indica el estado económico y educación de la gestante; el matro ambiente que refiere las cualidades de la progenitora, que no están dadas en el macro ambiente y microambiente que considera a las causas asociadas al embrión, placenta, cordón y líquido amniótico.

Macroambiente: (aspectos socio-culturales y económicos) Refiere las causas de peligro para óbito fetal la situación legal soltero, educación menores a 10 años y status económico inferiores.

Matroambiente: Edad > 35 años; adolescencia anticipada, sobrepeso, IMC > 30 Kg/m², alteraciones de la funciones renales (hiperuricemia y proteinuria), ausencia de seguimiento antes del nacimiento y de la historia de óbito fetal.

Microambiente: Ubica al RCIU, malformación fetal, oligohidramnios, polihidramnios, DPPNI, prolapsos del cordón umbilical, circulares y nudos verdaderos del cordón umbilical, ruptura prematura de membranas, placenta previa. (Vogelmann y Esteban, 2008)

Pérez (2010) refiere que entre las **causas maternas** tenemos a la edad materna muy precoz o avanzada, embarazo prolongado, ruptura uterina, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, infecciones, hemoglobinopatías, incompatibilidad Rh, , síndrome anti fosfolípido, trombofilias hereditarias, hipotensión severa, y la muerte materna.

Pérez (2010) refiere que entre las **causas Fetales** tenemos a la gestación variada, anomalías, retardo intrauterino e infecciones. Asimismo Pérez (2010) menciona que entre las causas **Ovulares Placentarios** tenemos al accidente de cordón, abrupto placentario, vasa previa, rotura prematura de membranas, entre otras.

Otros factores específicos: Méndez, C y Andrea, K (2018) señalan sobre la **mal nutrición Materna**, que la vinculación entre crecimiento fetal y nutrición materna se establece en los análisis científicos cuando demuestran cuanto se reduce el consumo de alimentos en las gestantes resultó tener disminuida la media aritmética en el peso del neonato. No sólo se revisa la importancia de los nutrientes en el embarazo sino también cuenta la situación nutricional.

Molina, S y Alfonso, D, (2010) refieren que cuando las mujeres tienen alto índice de masa corporal (IMC) se percibe menos el movimiento fetal debido que no existe seguimiento frecuente de los fetos; razón por la cual las mujeres gestantes son hiperlipidémicas causando alteración endoteliales con agregaciones y aterosclerosis. Asimismo se ha determinado que las mujeres gestantes que son obesas muestran ronquidos además de apnea de sueño disminuyendo la saturación de oxígeno relacionándose con la hipertensión que se induce en el embarazo y la restricción de crecimiento intrauterino.

Vogelman R., & et al (2008) menciona acerca de los bajos niveles de la economía en la sociedad, lo que se evidencia una vinculación entre bajo nivel socioeconómico y los resultados perinatales. Esta información exige la consideración de información cuando se mide el riesgo de las gestantes, los bajos niveles de los factores se asocian con el número de consultas prenatales, en familias numerosas, hacinamiento, porcentajes de gestantes que ejecutan labor física, sostenimiento de actividad laboral, hasta las etapas más altas de embarazo, menor nivel de instrucción y frecuencia de uniones estables.

Una baja condición socioeconómica trae consigo doble riesgo: en cuanto a la **edad materna (madres añosas y adolescentes)**, todo riesgo de muerte fetal se ve en aumento cuando las edades de la madre es mayor mas menos o igual a 19 y mayor a 35 años, dado que existe una muchas aberraciones cromosómicas, con frecuencia en embarazadas de 35 años a más. Se relaciona también una acentuada incidencia en los nacidos con peso menor de 1500 gramos, se presenta en menores de 20 años. Estas gestantes presentan alto riesgo porque a ello se vinculan muchos factores.

Referente al **estado civil**, que se constituye en el aspecto jurídico de la sociedad que cumple fines trascendentes dentro de la comunidad; los autores mencionan que las variables de éste factor se asocia al riesgo de muerte fetal que se ha incrementado en estos tiempos incluyendo la soltería como estado civil.

Según Contreras, A (2016) la religión como práctica humana en sus creencias sobrenaturales, creencias, moral, **en** un estudio se menciona que la religión católica ocupa porcentaje de 49%, sin embargo que el grupo de las que tienen la religión evangélica es el 41%.

Huang DY, et al. (2000) publica en relación a **la paridad** siendo esta variable el número de partos con productos vivos o mortinatos; existen informes variados referidos a evaluación sobre factores de riesgo en muerte fetal. Una conclusión general reporta que la multiparidad y la nuliparidad en tres embarazos se constituyen en factor de riesgo en muerte fetal.

Malagón, V y Miranda, G (2014) refieren que la enfermedad de la diabetes simboliza una alteración metabólica que se asocia con mayor frecuencia a la gestación. En un 90% de mujeres con diabetes gestacional, 10% se han diagnosticado la enfermedad antes del alumbramiento.

El trastorno metabólico se asocia mayormente con las complicaciones madre – perinatal. Esta diabetes en su inicio puede favorecer y no puede observarse progresiones de complicaciones vasculares como incidencia de abortos, retinopatía, malformaciones, retardo en el desarrollo intrauterino y macrosomía fetal y mortalidad perinatal.

Esta diabetes mellitus corresponde al tipo 2 de mayor riesgo en la vida. En estos tipos existe candidiasis vaginal, infección urinaria, hipertensión, y prematuridad. En cuanto al **número de gestaciones**; éstas vienen a ser el la gestación previa a una gestación nueva, en un estudio, las multigestas fueron las que tienen mayor proporción a hacer muerte fetal con 39,4% con 39,4%, teniendo a la primigesta y segundigesta en la misma proporción con 22,4% (Trejo Valencia Katy, et al, 2012).

Entendiéndose por aborto a la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo o cuando este todavía no ha llegado a las veinte semanas; Fustamante, N (2016) concluye que los **antecedentes de aborto**; son factores asociados a muerte fetal, por lo que son fundamentales los controles prenatales para la prevención de la muerte fetal.

Cunningham, W (2011) en cuanto a **la vía de terminación del embarazo**; el parto se produce por vía vaginal o por vía cesárea. El parto vaginal es la salida del feto por la vagina y es la culminación de la segunda fase del trabajo de parto además tiene menor riesgo materno y fetal. La cesárea en cambio es el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal y uterina, ésta es necesaria cuando el parto vaginal se convierte en un riesgo para la madre o al feto, debido por ejemplo a un trabajo de parto prolongado, presentaciones anormales, sufrimiento fetal, entre otros. Sin embargo, la cesárea puede causar complicaciones maternas significativas, discapacidad o muerte.

Felipa, Vilca (2018) concluye que la vía de culminación de la gestación más frecuente fue el parto eutócico (80%) y el 20% la gestación culminó en cesáreas y la mayoría de éstas fueron por distocias de presentación (43%).

Según Castillo, M (2018) observa en relación a embarazadas nulíparas y múltiparas mayor complicación en gestantes multigestas y primigestas debido al aumento de la hipertensión y presencia de incidencia de malformaciones congénitas, Etc; respecto a la **ocupación de alto esfuerzo físico**, se observa en las gestantes de ejecutan o laboran incrementando las tasas de muerte fetal, y que además éstas tienen cuidados insuficientes relacionado con un bajo nivel socio económico puesto que, la alimentación es deficiente.

Referente al **analfabetismo**, se observa cuanto mayores son las tasas de analfabetismo las tasas de morbilidad materna se incrementan de un país, esto se asocia a controles prenatales deficientes y a un hacinamiento ; sobre el periodo intergenesico corto es considerado adecuado cuando supera los 18 meses en la gestación que facilitará que se recupere para el nuevo embarazo. Con periodos intergenesicos donde el organismo de la madre se recupera de modo total biológicamente ocasionando de esta manera retardo de crecimiento y muerte del feto.

Castillo, M (2018) menciona referente al mal control pre natal, este concepto se entiende como entrevista visitas in situ a la gestante por equipos de salud, teniendo como propósito la evaluación del desarrollo del embarazo; así como la preparación para el nacimiento y crianza del neonato. El control prenatal cumple con los requisitos básicos de periódico, continuo, extenso, completo y precoz. Los siguientes objetivos se deben dar en todo control prenatal: valorar las alteraciones del desarrollo fetal, alteraciones congénitas, determinar causas en el bienestar fetal, determinar formas adecuadas de edad de gestación.

Se puede decir que **el control prenatal es óptimo** cuando éste inicia en los primeros tres meses para que se identifique los embarazos de riesgo alto. Los embarazos de alto riesgo requieren mayor número de consultas; más por el contrario los embarazos de bajo riesgo requieren de un número reducido de visitas al médico. La norma nacional fija como mínimo 4CPN durante todo el embarazo de bajo riesgo. Se evidencia en estudios realizados en países desarrollados se observa que se ha disminuido los riesgos de muerte fetal. Esto gracias al alto tratamiento en calidad y cantidad.

Según Muktar H.A, et al. (2010) sobre el **hábito de fumar**, tanto la nicotina como el consumo de tabaco producen vasculitis uterina rayendo como consecuencia la insuficiencia de la placenta; así como también se retarda el desarrollo intrauterino. Esto se asocia con el desprendimiento de placenta normoinserta. Asimismo se precisa que el tabaco es una variable que desarrolla el doble riesgo de muerte intrauterina.

Refiere Xiangyuan, W (2007) **en cuanto el alcoholismo**, la ingesta de alcohol en el embarazo se vincula con el riesgo de muerte fetal. Esto produce la desnutrición en la madre, anemia, bloqueo del desarrollo intrauterino, malformación fetal, entre otros. La ingesta de alcohol se vincula con los riesgos de muerte perinatal que es producida por la desnutrición de la madre, anemia, falta de crecimiento, malformaciones, entre otras.

Una investigación en una región al norte de Europa encontró la tasa de 1.37 muertes fetales en cada 1000 alumbramientos en las madres que consumen menos de una bebida semanalmente. Esto a diferencia de aquellas que consumen 5 bebidas o más. Aumenta hasta 8,83 de cada 1000 alumbramientos.

Refiere Aros, (2008) que en Chile, que un Consultorio de Maipú en Santiago se realizó un estudio prospectivo en el que se encontró el 67,4% de gestantes mujeres que bebían alcohol, el 3,7% identifica peligros en los riesgos fetales y por lo menos 1,1% identifica el alto riesgo como consecuencia de beber en extremo.

Silver R.M (2007) refiere con respecto a la **drogadicción**, que cuando la madre consume alucinógenos retarda el crecimiento uterino teniendo como efecto la muerte fetal. Con relación a los **embarazos múltiples**, se refiere al crecimiento de un variado número de fetos. Méndez. (2018) sustenta que los índices porcentuales están en 80 a 120 de pastos. Respecto a la hipertensión este autor explica una enfermedad en las gestantes como la enfermedad conocida como la hipertensión arterial.

Además Méndez (2018) refiere a la **placenta Previa**, como proceso inserto en lo anatómico placentario. Clínicamente se observa hemorragia de relativa intensidad. Se presenta con frecuencia de presentación anómala ruptura de membranas. En torno al **desprendimiento prematuro de placenta normoincisa (DPPNI)**, esta patología está asociada a preeclampsia, y a traumatismos directos e indirectos, que provocan muerte fetal debido a la pérdida de sangre y si no se actúa a tiempo ésta puede provocar la muerte materna.

Con relación a la **ruptura prematura de membranas (RPM)**, esto sucede cuando ocurre antes del parto. Esto se observa en un 10% de las gestantes, a expensas de la infección aumenta la morbilidad y mortalidad que se asocia con el periodo de latencia.

Referente a la **edad gestacional**; es frecuente este término debido que describe lo avanzado o no del embarazo. La medición se hace en semanas iniciando desde el primer día del último ciclo de menstruación hasta la fecha actual. Estudios reportan que un 70,4% corresponde a embarazos menores de 37 semanas, lo que justifica el mayor número de presentaciones no cefálicas lo que se observa con más frecuencia en embarazos pretérminos (Romero, GG, y Martínez, 2005).

Por lo que respecta al **sexo de producto** óbitado, la literatura reporta una mayor frecuencia de productos masculinos lo que coincide con estudios que reportan un porcentaje de 61.1% para el sexo masculino (Haavaldsen C, et al, 2010)

Con respecto al **peso del producto obitado**, Pons, G (2014) refiere que en un estudio que realizó en Chile el 2010, considerando 1000 partos de nacidos vivos el 31% fueron fetos de 32 semanas, el 23% mayor 2000 gramos. **Respecto a Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), esto se da cuando el peso inferior es correspondiente a la edad gestacional** es así que Molina, (2010) menciona que la existencia de las muertes fetales que no se explican se vinculan con retardo de crecimiento en el útero.

Con respecto a la **diabetes materna**, menciona Arizmendi, J (2012) que esta se considera como variable que es independiente a la muerte intrauterina, antes de la semana 30 de gestación. Lo que corresponde a **alteraciones del líquido amniótico**: éste tiene variadas funciones cuando la madre está gestando, es importante para el desarrollo de los músculos y el esqueleto, creando el espacio físico para los movimientos del feto.

Asimismo es importante para la deglución, la respiración fetal previniendo de traumatismos teniendo propiedades propias de protección. Un feto tiene más o menos 2800 ml de agua, mientras que la placenta contiene 400ml más que el feto. (Modena, 2004). Cuando falta o hay insuficiente líquido adquiere la denominación de *oligohidramnios*, mientras que el volumen excesivo se conoce como *hidramnios* o *polihidramnios*. (Williams. Obstetricia, 24e. Editorial McGraw-Hill Medical).

Tenemos un estudio realizado por Molina, G. et al (2014) reportaron un índice de líquido amniótico normal en 54.5%, oligoamnios en 21.4% y polihidramnios en 16.9%.

Sobre la **distocia funicular**, corresponde a una forma anatómica que tiene riesgo en el flujo de la sangre de los vasos umbilicales. Esto involucra a las alteraciones circulares (simple, doble o triple), prolapso, procúbito, laterocidencia y nudos; Martínez, G y Gálvez, T (2013) refiere que el pronóstico fetal depende del diagnóstico que se tenga de las afectaciones y los factores que se asocian al desarrollo del feto.

Relacionado al **sufrimiento fetal**, se determina como una perturbación metabólica producto de una disminución de relación entre el feto y la madre. En tanto Reportes de investigaciones norteamericanas determinan la existencia de 30% de muertes fetales

anteparto se puede atribuir a la **asfixia** (RCIU, gestación prolongada) (Silver RM, et al, 2007).

Se sostiene que son **malformaciones congénitas a las estructuras o funciones producto del trastorno metabólico**; en Latinoamérica las deformaciones son las principales causas de morbi-mortalidad infantil, ocupando del segundo al quinto lugar entre las causas de óbitos y del 2% - 27% de mortalidad infantil (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Por lo que toca a las **causas desconocidas**, ese dan cercanos al final de una gestación. Asimismo adopta la denominación de muerte habitual. (Méndez y Andrea, 2018). Referente al diagnóstico, un antecedente solitario se considera a la ausencia de movimiento fetal, cuando no tiene indicios de latidos físicos indican muerte fetal. Esto se determina a través de ecografías. Es la visualización del corazón el indicador para demostrar la ausencia de que el corazón ya no está en actividad (Andrade, Pamela, 2018).

Referente **al aspecto teórico**, en primer lugar, sucede a los fetos que tienen menos de 1500g asociándose a diferentes dificultades y alteraciones de la madre que constituye un mayor término de muerte fetal. En segundo lugar, sucede con la muerte de los que pesan de 1500 g a más. Esto implica riesgo de madurez, limitaciones en el desarrollo, infecciones.

Debido a la falta de cuidado en el hogar y poca posibilidad de atención médica. En tercer lugar, las muertes al inicio del parto se relacionan con la problemática de la salud de la madre que deben ser tratadas como hipertensión, vaginitis, alteración del desarrollo fetal, diabetes, control prenatal, monitoreo estricto. En cuarto lugar, se relacionan cuando ocurre en el parto. Tiene que ver con el servicio, manejo de cuidados, quirófano, entre otras. (Epidemiología-La DIRESA Cajamarca, 2013)

Sobre el aspecto práctico, la muerte fetal resulta ser un evento frustrante y de angustia no solo para la familia que espera la llegada de un nuevo integrante, sino también para el personal de salud involucrado en el seguimiento de la gestación; es por ello que es importante conocer los factores de riesgo asociados a óbito fetal, para generar medidas que prevengan fatal desenlace.

En cuanto al **aspecto metodológico**, este estudio correlacional, con 21 casos, muestra una gran realidad nacional, y nos ayuda a conocer más de cerca los factores de riesgo asociados a óbito fetal, en dicho trabajo se sustrajo datos propios registrados en las historias clínicas de cada paciente, mostrándonos una realidad distinta y sobre la cual podríamos actuar y

prevenir dicho desenlace; es así que a fines del 2013 un estudio resultando el 52,9% es una cifra menor de defunciones que corresponde al 66,6%. Por ello se determinan los rasgos de las defunciones reconociendo el escenario en vías de implementar estrategias que tiendan a reducir la mortalidad del recién nacido (Epidemiología-DIRESA CAJAMARCA, 2013).

Dentro del **aspecto económico social** Calvillo (2014) afirma que en Estados Unidos donde se reporta 6.9 muertes fetales tardías por 1000 nacidos vivos, mientras que en Chile y Argentina se reportan desde 7 hasta 10 muertes fetales por 1000 nacidos, estas cifras han disminuido con referencias a estudios anteriores, lo que refleja que la implementación de políticas de salud en países desarrollados han logrado resultados favorables. (p.28:139-45).

En un país como el nuestro se debería poner un mayor énfasis en la implementación de políticas de salud, para controlar y conocer los riesgos durante el embarazo, tanto para el feto como la gestante, lo cual ayudaría a disminuir la cifra de muerte fetal y que evitaría un final desafortunado para la familia que espera un nuevo integrante.

Es así que la **formulamos el problema**, ¿Existe relación entre los factores de riesgo y óbito fetal en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca enero–octubre del 2018? Asimismo tenemos como **Objetivo General**: Determinar la relación entre los factores de riesgo y el óbito fetal en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca enero – octubre del 2018.

De igual manera tenemos a los **objetivos específicos**: **Identificar** los factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca enero – octubre del 2018; **Establecer** los factores de riesgo fetales para desarrollar óbito fetal en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca enero – octubre del 2018; **Describir** la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca enero – octubre del 2018.

Por lo que corresponde a la justificación del presente estudio, podríamos decir que en el Perú, la muerte fetal sigue siendo un componente de la mortalidad perinatal con menos interés a ser estudiado, debido a que no se cuentan con registros adecuados, causando una gran repercusión afectiva para la familia y la sociedad; es así que la muerte fetal se ha convertido y aún en una problemática de salud. (Molina y Alfonso, 2010, pp.59-73).

Por lo que la presente investigación tiene el propósito de lograr determinar la relación que tienen los diferentes factores causales más frecuentes con óbito fetal en nuestra población.

El beneficio de los resultados obtenidos será tanto para las autoridades competentes, éstos serán capaces de implementar estrategias que permitan prevenir este problema.

La investigación ayudará a establecer protocolos de manejo para la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de las pacientes en quienes se identifiquen los factores causales de óbito fetal reduciendo de ésta forma las consecuencias de la misma que son catastróficas tanto para el feto como para los padres.

En nuestro país la investigación es muy insipiente así que todo trabajo realizado dentro de esta disciplina tiene gran impacto para el desarrollo del conocimiento y le agrega valor teórico a la literatura existente.

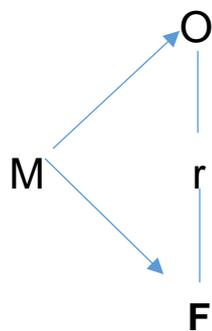
Con respecto a la **hipótesis** del presente estudio se estableció lo siguiente: Los factores de riesgo en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca enero – octubre del 2018 están asociados a la presencia de óbito fetal.

III. II.-METODO.

2.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio tiene un enfoque cuantitativo y es de tipo correlacional (Sampieri, Fernández y Baptista, 2006), en donde se evalúan de manera separada las variables de estudio, para luego establecer la relación entre las mismas.

Por lo tanto el diseño de la presente investigación es no experimental como se muestra en el siguiente esquema (Hernández, Fernández y Baptista, 2014):



Donde:

M: Grupo de Gestantes

O: Óbito fetal

F: Factores de riesgo.

r: Relación.

2.2. Operacionalización de variables

	Nombre de la variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Factor de riesgo socioeconómico	Edad materna	Tiempo transcurrido en años	Edades en años cumplidos	Cuantitativa Estratificada	<20 años, 20 años a 34 años, > años
	Estado civil	Estado de los individuos en función a un o no parentesco conyugal con otra persona	Situación civil	Cualitativo nominal polinómica	Casada, conviviente, divorciada, viuda, soltera
	Ocupación	Actividades laborales que realizan los individuos	A qué se dedica	Cualitativo nominal polinómica	Ama de casa, empleada, comerciante
	Escolaridad	Nivel de estudios en la que se encuentra	Nivel educativo	Cualitativo ordinal	Ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, profesional
	Religión	Institución de fe religiosa a la que pertenece	Tipo de religión	Cualitativo nominal polinómica	Católico, evangélico, protestante, etc
	Procedencia de la madre	Lugar de que procede alguien	Lugar urbano, rural de donde procede alguien	Cualitativo nominal dicotónica	Urbano o rural

	Nombre de la variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Factor de riesgo obstétrico	Gesta	Embarazos ocurridos en el transcurso de la vida fértil	Número de embarazos	Cuantitativa discreta	1,2,>3
	Parto	Nacimiento por vía vaginal de un producto mayor de 28 ss	Número de partos	Cuantitativa discreta	1,2,>3
	Aborto	Perdida gestacional de un producto menor de 28ss o con peso menor a 500gr	Número de abortos	Cuantitativa discreta	1,2,>3
	Cesárea	Nacimiento por vía abdominal de un producto mayor de 28ss	Número de cesáreas	Cuantitativa discreta	1,2,>3
	Periodo intergenésico	Intervalo entre el último periodo de parto o aborto y fecha de inicio de embarazo actual	Periodo final del puerperio y fecha de última menstruación	Cualitativa nominal dicotónica	<2 años,>2años
	Tabaquismo	Hábito de uso de tabaco	Antecedente de tabaquismo	Cualitativa nominal dicotónica	Presencia o ausencia
	Alcoholismo	Hábito de consumo de alcohol	Antecedente de alcoholismo	Cualitativa nominal dicotónica	Presencia o ausencia
	Drogas	Hábito de consumo de drogas	Antecedente de uso de drogas	Cualitativa nominal dicotónica	Presencia o ausencia
	Estado nutricional	IMC relación peso estatura	<18.5,18.5-24.9,25-29.9,30-39.9,>35	Cualitativa ordinal	Desnutrición, normal, sobrepeso, obesidad
	Diabetes gestacional	Presencia de glucosa en sangre mayor a lo normal	Antecedentes de diabetes asociado al embarazo	Cualitativa nominal dicotónica	Presencia o ausencia
	Hipertensión	Presencia de hipertensión edema y proteinuria	Antecedente de preeclampsia/eclampsia	Cualitativa nominal dicotónica	Presencia o ausencia
	Infección de vías urinarias	Sintomatología urinaria leucocitos en orina mayor a 10 por campo	Antecedentes de infección de vías urinarias	Cualitativa nominal dicotónica	Presencia o ausencia
	Control prenatal	Atención prenatal: atención y vigilancia durante el embarazo	Números de consultas recibidas durante la gestación	Cuantitativa discreta	1,2,3,4,>5

	Nombre de la variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Factor de riesgo obstétrico	Embarazo planificado	Elegir el momento para iniciar la reproducción	Momento para iniciar la reproducción	Cualitativa nominal dicotónica	Si o no
	Lugar de parto planificado	Elegir el Lugar donde acontecerá el parto	Lugar donde acontecerá el parto	Cualitativa nominal dicotónica	Institucional o no institucional

2.3. Población muestra y muestreo

La presente investigación posee una **población pequeña** y está referida a todas las muertes perinatales comprendidas en el periodo del año 2018.

En ese sentido en la presente investigación no hubo muestra, por lo tanto no se realizó ninguna técnica de muestreo.

En cuanto a las características de la población se consideran a todas las gestantes atendidas en el hospital regional de Cajamarca y que en los resultados se les clasifica por edades, edad gestacional, número de partos, tipos de partos, estado civil de las gestantes, número de abortos, factores de riesgo, etc.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

La técnica que se usó en esta investigación es la revisión documental, y la entrevista, las cuales permitieron recoger datos (antecedentes perinatales, obstétricos, socioeconómicos y otros) de las personas que participan en el estudio.

El instrumento ha sido recopilado de la tesis: “Epidemiología de los factores de riesgo de óbito fetal, Hospital de Ginecología y Obstetricia Instituto Materno Infantil del Estado de México, 2012”

El instrumento usado para la recolección de datos fue la historia clínica perinatal, digitada en el sistema informático perinatal del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Confiabilidad, las preguntas del instrumento fueron valorados con el estadígrafo para identificar el porcentaje de confiabilidad en cada uno de ellos, para ello se aplicó el instrumento en un periodo anterior al presente estudio, lográndose obtener un valor de confiabilidad de 0,76, siendo éste mayor que 0,75 y a la vez el mismo es cercano a la unidad, estableciéndose con esto la confiabilidad del instrumento aplicado. Para esto se utilizó el estadístico del Alfa de Cronbach.

Validez

Para la validez del Instrumento se utilizó el criterio de juicio de expertos, el mismo estuvo conformado por 3 especialistas en el área de salud, los mismos que revisaron tanto el contenido como el constructo del instrumento y dieron su conformidad en el diseño e indicaron unánimemente que pueden ser aplicados para poder recoger y analizar los resultados en la presente investigación.

2.5. Procedimiento.

1. Se recopiló el instrumento de recolección de datos validado.
2. Se coordinó con el Director del Hospital Docente Regional de Cajamarca para las diferentes actividades en el servicio de Ginecoobstetricia.
3. Se coordinó con la jefa de obstetras del Servicio de ginecoobstetricia del Hospital regional de Cajamarca para analizar el libro de ingresos a dicho servicio de las mujeres con óbito fetal que estuvieron hospitalizadas desde el 01 de enero al 31 de octubre del 2018.
4. Planificación de los datos recolectados para su procesamiento.

Todos los resultados están sintetizados en cuadros y gráficos estadísticos.

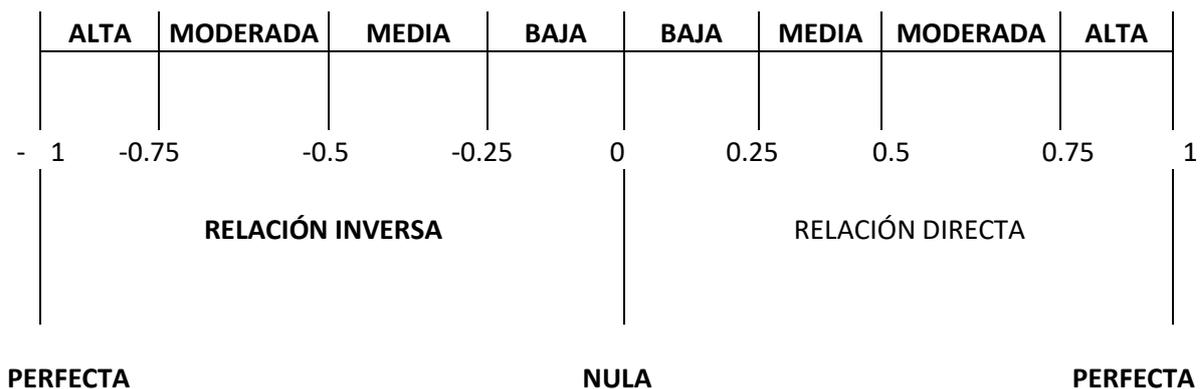
2.6. Método de análisis de datos.

Para el análisis de los datos se hizo uso de la estadística descriptiva, la misma que utilizó herramientas para la organización y ordenamiento de la información en tablas de frecuencias

simples y relativas porcentuales, las mismas que ayudaron a presentar los resultados de evaluación de las variables de estudio, también se hizo uso del coeficiente de correlación de Pearson para establecer la relación de las dimensiones de una variable con las dimensiones de la otra variable.

Los criterios de análisis lo realizamos de acuerdo al siguiente baremo:

Baremo de Pearson



Podemos resumir que la relación que existe entre las 2 variables varía entre los límites de uno a menos uno. Cuando es menor a cero la correlación es negativa, o se dice que las variables se relacionan en sentido inverso. Si r es igual a menos uno la correlación es negativa perfecta, pero las variables se correlacionan en un sentido inverso. Cuando es mayor a cero la relación es positiva. Si r es igual a uno la relación es positiva perfecta. Cuando r es igual a cero las variables están incorrectamente relacionadas.

2.7. Aspectos éticos.

Cómo aspectos éticos en el presente estudio se han considerado el respeto a los autores de las teorías establecidas en la presente investigación, puesto que se realizaron las respectivas citas, respetando la normatividad APA, del mismo modo se mantuvo en el anonimato a las personas que participaron en el presente estudio de investigación científica.

IV. III. RESULTADOS.

Tabla 01.

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según edad en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Entre 21 años a 34 años	menores de 20 años y mayores de 35 años
Enero	3	0	3
Febrero	2	1	1
Marzo	2	0	2
Abril	2	1	1
Mayo	3	1	2
Junio	1	0	1
Julio	3	1	2
Agosto	2	1	1
Septiembre	2	0	2
Octubre	1	0	1
Total	21	5	16

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Entre 21 años a 34 años	menores de 20 años y mayores de 35 años
r =	0.43	0.73

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.73 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente edad materna (menores de 20 años y mayores de 35 años) **es una relación directa moderada.**

Tabla 02.

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según edad gestacional en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Menos de 28 semanas	de 28 a más semanas
Ene.	3	2	1
Febr.	2	1	1
Mar.	2	1	1
Abr.	2	1	1
May.	3	1	2
Jun.	1	0	1
Jul.	3	1	2
Agost.	2	1	1
Sept.	2	1	1
Oct.	1	1	0
Total	21	10	11

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

Pearson	Menos de 28 semanas	de 28 a más semanas
r=	0.64	0.77

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.77 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente edad gestacional (de 28 a más semanas) es **una relación directa alta**.

Tabla 03

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según número de partos en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	< 3 partos	≥ 3 partos
Enero	3	2	1
Febrero	2	0	2
Marzo	2	1	1
Abril	2	1	1
Mayo	3	1	2
Junio	1	1	0
Julio	3	1	2
Agosto	2	1	1
Septiembre	2	1	1
Octubre	1	1	0
Total	21	10	11

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	< 3 partos	≥ 3 partos
r =	0.32	0.80

Interpretación:

El grado de correlación Pearson es de 0.80 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente número de partos (mayor o igual a 3) **es una relación directa alta.**

Tabla 04

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según vía de parto en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Vía Parto Vaginal	Vía Parto Cesárea
Enero	3	2	1
Febrero	2	2	0
Marzo	2	1	1
Abril	2	1	1
Mayo	3	2	1
Junio	1	0	1
Julio	3	2	1
Agosto	2	2	0
Septiembre	2	2	0
Octubre	1	1	0
Total	21	15	6

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Vía Parto Vaginal	Vía Parto Cesárea
r =	0.75	0.41

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.75 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente vía de parto vaginal **es una relación directa moderada.**

Tabla 05

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según estado civil en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

Mes	Nº de Casos Óbito Fetal	Casada	Conviviente
Enero	3	1	2
Febrero	2	1	1
Marzo	2	0	2
Abril	2	1	1
Mayo	3	0	3
Junio	1	0	1
Julio	3	1	2
Agosto	2	1	1
Septiembre	2	1	1
Octubre	1	1	0
Total	21	7	14

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Casada	Conviviente
r =	0.09	0.82

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.82 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente estado conviviente **es una relación directa alta.**

Tabla 06

Distribución por antecedentes de abortos de las madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	N° Abortos (ninguno)	N° Abortos ≥ 1
Enero	3	3	0
Febrero	2	2	0
Marzo	2	1	1
Abril	2	2	0
Mayo	3	3	0
Junio	1	1	0
Julio	3	2	1
Agosto	2	1	1
Septiembre	2	2	0
Octubre	1	1	0
Total	21	18	3

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	N° Abortos (ninguno)	N° Abortos ≥ 1
r =	0.80	0.22

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.22 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente n° de abortos ≥ 1 **es una relación directa baja.**

Tabla 07.

Distribución por antecedentes de cesáreas de las madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	Nº de Casos óbito Fetal	Cesáreas anteriores (ninguno)	Cesáreas anteriores ≥ 1
Enero	3	2	1
Febrero	2	2	0
Marzo	2	2	0
Abril	2	2	0
Mayo	3	2	1
Junio	1	0	1
Julio	3	3	0
Agosto	2	0	2
Septiembre	2	1	1
Octubre	1	1	0
Total	21	15	6

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Cesáreas anteriores (ninguno)	Cesáreas anteriores ≥ 1
r =	0.70	0.09

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.09 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente cesáreas anteriores ≥ 1 **es una relación directa baja.**

V. IV. DISCUSIÓN

La gestante y el embrión están exhibidos a una gran cantidad de peligros que perjudican su lozanía y existencia, esto no quiere decir que en su totalidad las gestaciones tienen como producto nacimientos de unos niños vivos y sanos.

En el lapso del 1 de enero al 31 de octubre del 2018 se asistieron 21 casos de muertes fetales intrauterinas en el Hospital Regional de Cajamarca, convirtiéndose en la población maestra a estudiar, en concordancia con los principios para la selección.

En la presente investigación no se conoce la causa de las muertes fetales, tal es el caso de estudio realizados por RCOG, 2010, menciona que hasta en un 25 a 50% no se identifica el motivo de las muertes fetales intrauterina; pero se pudo identificar según registro en los libros de gineco obstetricia que el 85.7% de los óbitos fetales (ver en anexos tabla 17), fueron a causa de una hipoxia fetal y que el 14.3% fue a causa de las malformaciones fetales resultados que se asemejan a los encontrados por Ovalle A, 2005, Chile, quien determina que las anomalías congénitas representan el (17%) de las muertes fetales intrauterina, además Weeks (2000), refiere que en EE.UU, las alteraciones en la estructura de los fetos son responsables del 75% de los factores fetales de muertes intrauterinas; en cuanto a la hipoxia fetal Ovalle (2005), refiere que en Chile se logró identificar la causa de muertes fetales en el 79,2% de las ocurrencias y que la hipoxia fetal extrínseca es del 43,5% que incluye principalmente insuficiencia placentaria 9,0%.

Aunque varios estudios han señalado que embarazos a edades menores de 20 años, pueden relacionarse mayoritariamente con el número de muertes fetales, en la investigación la mayoría de pacientes tuvo edades menores comprendidas de 21 y mayores de 35 años de edad representando el 76.2% (ver en anexos tabla 17); sin embargo la edad avanzada no es tomada como causa de riesgo altamente prevalente en la muerte fetal, refiere ACOG, Management of Stillbirth (2009).

También la edad gestacional de 28 semanas a mas representa el 52.4% (ver en anexos tabla 18), y concuerda con un estudio realizado por Rojas (2010), quien menciona que las edades para la gestación más frecuentemente en la cual aconteció el óbito fetal fue en los mayores de 28 semanas (55%).

Se observa que las pacientes con más de tres partos representan el 52.4% (ver en anexos tabla 19), resultados que coinciden con estudios realizados por Sepúlveda y Quintero (2012), quienes hallaron que s mujeres que no tuvieron hijos y las que si los tuvieron por más de tres

embarazos previos ocasionan causas de peligro con significatividad en cuanto a las estadísticas para muertes fetales intrauterinas.

Además según la vía del parto el 71.5% representa a la vía vaginal (ver en anexos tabla 20), resultados que concuerda con estudios realizados por RCOG (2010) en donde refieren que en pacientes con muertes fetales, el alumbramiento ocurre en el lapso de 24 horas de inducción en un 90% de los casos.

La cesáreas podrías ser indicadas teniendo en cuenta a las situaciones de la madre (hemorragia, preeclampsia, etc) y del feto (situaciones transversas, desprendimientos de placenta normoinserta) inducciones fallidas o cérvix no adecuadas (RCOG, 2010).

En cuanto al estado civil, el grupo que no estuvieron casadas representan el 66.7% (ver en anexos tabla 21), resultados que concuerda con estudios realizados por Vogelmann (2012), quien refiere que los causas que se relacionan a un gran peligro del suceso del óbito fetal incluyen el estado civil de soltera seguido de conviviente.

Encontramos que el 28.5% de las pacientes (ver en anexos tabla 22) presentaron antecedentes de abortos, cuyos porcentajes fueron similares al hallado por Milla, et al (2005) un (21,73 %), y por Chirinos (21,3%); Conde-Agudelo (2000) refiere que en las información se señala que los abortos previos pueden aumentar el peligro en los ciudadanos en general de muertes fetales hasta por octava vez.

Tinedo, et al. (2016) en un trabajo de investigación reportan como una variable demográfica a pacientes con cesáreas anteriores (entre 1 a 3 cesáreas) con un 14.3%; nuestro resultados duplican al anterior con un 28.57 % (ver en anexos tabla 23).

La literatura refiere que según las informaciones de la OMS sobre las cesárea, en su resumen ejecutivo del año 1985, los nacimientos por cesárea están realizándose con mayor continuidad ya sea en estados con grandes recursos como en aquellos con pobres recursos; lo que se justifica desde una visión médica, es eficientemente para prever la gran cantidad de decesos maternos y perinatales. Pero, como en otras operaciones, las cesáreas está asociadas a peligros inmediatos y largos plazos que pueden mantenerse mucho tiempo luego del procedimiento y deteriora a la vitalidad de la fémica, y del recién nacido, así como a otros embarazos futuros. Los peligros son más significativos en las gestantes con limitada atención en los servicios de obstetricia de manera integral.

En relación a la ausencias de controles prenatales, mencionada incansablemente en la informaciones como una de las importantes causas de peligro de muertes fetales (Conde-Agudelo, 2000); en la indagación hallamos que el 76.19 % de las enfermas (ver en anexos

tabla 24) no tuvo control prenatal, resultados que se aproximan a los de Milla, et al (2005) con un 66,66% de las gestantes que no tuvieron controles prenatales o sus controles fueron inadecuados (menos de 4 consultas).

Refiere Gómez, S (2000), que los problemas de hipertensión en la gestación son causas muy comunes que pueden llegar a complicarse 10 a 15% de las gestaciones y estos constituyen la principal preocupación de salubridad de la población, siendo causas importantes de morbilidad y mortalidad fetales y neonatales.

Además Pacheco (2006) refiere que en los fetos, la preeclampsia se relaciona con restricciones del desarrollo del feto, prematuros, trastornos de la salud del feto, muertes fetales, mayormente tardías.

El síndrome de HELLP, refiere Castillo, G (2007) es una de las complicaciones más comunes de la preeclampsia severa, la muerte de la madre asociadas con este síndrome es de 1-24 %, y la del recién nacido más del 40 %, las dos mayormente relacionadas con el instante momento de la evaluación y las situaciones madre-feto.

En un estudio realizado por López, G., & et al (2001) encontraron una tasa de mortalidad fetal de 0,43X1000 nacidos vivos.

Respecto a la preeclampsia, y síndrome de hellp, en nuestro trabajo encontramos un 23.81% y un 4.8% respectivamente, el último terminó en muerte materna.

Con respecto a la placenta previa Mauricio, Y (2012) reporta como variable conceptual asociadas de manera significativa a muerte fetal a la placenta previa con un 6,91%,

También así Neilson, JP (2004) y Beischer, NA (1988) mencionan que en el 5% de las gestaciones se dan hemorragias anteparto, el 1% por placenta previa y el 1,2% por desprendimiento de placenta y que en grupo, todos estos factores de sangrado son culpables de 20 a 25% de todos los decesos a nivel perinatal, estudio que concuerda con los realizados en el extranjero por Feldstein, V., et al (2008) y Spinillo, A., et al (1994) señalan que el DPP, influye en la incidencia de la morbimortalidad perinatal, pues es causante de 15 a 20% de todos los decesos a nivel perinatal por causa de hipoxia y muerte fetal; pues en nuestro trabajo encontramos un 14.29% de presencia de placenta previa y un 33.3% de desprendimiento de placenta (ver anexo tablas 27 y 28); resultados que casi se asemejan a los de Tinedo, et al (2016) quienes refieren que las condiciones maternas que generaron más decesos de fetos por hipoxia dentro del útero fue el desgarro precoz de placenta (DPP) con un 24,4%.

El riesgo estimado de muerte fetal para los fetos con crecimiento restringido o retraso de crecimiento intrauterino es de tres a siete veces mayor que el del feto que crece normalmente, así lo explica Cnattingius, S (1998) quien sintetiza que aunque los riesgos de muertes fetales tardías aumenta mucho en los fetos que presentan un retraso de crecimiento intrauterino(1,4-4,6%), resultados que concuerdan con los de Mauricio, Y (2012) que encontró en un estudio 4,04% de retraso de crecimiento intrauterino asociado a muerte fetal; resultados que se quintuplican en nuestra investigación (19.05 %) de retraso de crecimiento intrauterino que presentaron las pacientes (ver anexos tabla 29)

Con respecto a la ruptura prematura de membranas, nuestro trabajo revela un 23.81% (ver anexo tabla 30) presente en las pacientes, resultados que difieren de los encontrados en un estudio que realizó Saavedra, et al (2006), en donde se encontró 3 muerte fetal tardías (5,5%), causada por una sepsis que sucedió por un rompimiento prematuro de tejidos de membrana por lo que concluye que hay una gran ocurrencia de morbimortalidad perinatal relacionada con el rompimiento prematuro de membranas en la gestación pre término, generalmente de naturaleza infeccioso; estos resultados se asemejan a los de quien encontró un 5,14 % de ruptura prematura de membranas relacionado con muerte fetal, también se evidencia resultados parecidos encontrados por Arribas, et al (2008) quienes ubican en tercer lugar a la corioamnionitis (8,7%) y la ruptura prematura de membranas pre término (8,4%).

En cuanto a las patologías funiculares, en nuestro trabajo encontramos al circular de cordón que representa un 9.52% (ver anexo tabla 32) como causa de muerte fetal, resultados que se asemejan con los trabajos realizados por Arribas, et al (2008) quienes concluyen diciendo que la principal causante identificada y descrita, sobresale la patología funicular (13,3%), entre la que se incluye circulares de cordón apretadas y nudos; además Schäffer, L., et al (2005) en su investigación refiere que múltiples cordones nucales estaban presentes en el 5.8% en partos a término y 5.5% en partos pos termino y que los signo intraparto de compromiso fetal aumentaron en todos los grupos, aunque no todos alcanzaron significación estadística en los partos postpartos; sin embargo en un trabajo realizado por Clapp, JF., et al (2003), concluyen que los cordones nucales prenatales generalmente ocurren aleatoriamente con mayor frecuencia al final de la gestación y parecen ser una parte normal de la vida intrauterina que rara vez se asocia con la morbilidad y mortalidad perinatal.

Otra patología funicular es el prolapso de cordón; es así que (Cabero, 2007) refiere que prolapso de cordón: es un evento poco frecuente, se presenta aproximadamente en 1 de cada 300 trabajos de parto y es importante por la mortalidad y morbilidad neurológica fetal asociada; además Gibbons, C., et al (2014) en un estudio refirió que la incidencia del prolapso de cordón ha disminuido de 6.4/1000 nacidos vivos en la década de 1940 a 1.7/1000 nacidos vivos en la última década; la supervivencia perinatal aumento de 46% a 94% en el mismo periodo de tiempo; es probable que el uso de cesárea como estándar de oro para el parto haya explicado los cambios observados; mientras que en nuestro trabajo encontramos un 19 % de prolapso de cordón para de los óbitos fetales (ver anexo tabla 31).

VI. V. CONCLUSIONES.

1. Concluimos que todas las relaciones entre los factores encontrados con respecto a la presencia de óbito fetal son menores que (1) y mayores que (0), es decir hay una relación directa positiva señalando con esto que estas son el 43.75% tienen una relación directa baja, el 12.5% tienen una relación directa media, el 18.75% tienen una relación directa moderada, el 25% tienen una relación directa alta.
2. Aunque en este trabajo de investigación no se demuestra la hipótesis de estudio que señala que los factores de riesgo en mujeres que se atendieron en el Hospital Regional de Cajamarca enero – octubre del 2018 están asociados a la presencia de óbito fetal ya que no se ha encontrado una relación directa perfecta, no quiere decir que no haya relación entre las variables, si no que la relación entre estas solo es una relación directa positiva.
3. Que los casos de muertes fetales ocurridos en el servicio de obstétrico del Hospital regional docente de Cajamarca durante el tiempo de la indagación no contenían los resultados a nivel clínico como de la patología pertinentes para reconocer con claridad los factores de muertes fetales.
4. Esa investigación muestra que cuando se producen las muertes fetales intrauterinas, el análisis agrupación de historias clínicas maternas, las inspecciones de muertes fetales tardías y su relación anatomopatológica, nos manifiesta las causas primarias en la mayoría de los casos, a pesar de que muchos de los factores no se pueden predecir.
5. Son imprescindible las medidas de prevención en la madre gestante, debido a que la concurrencia de varios factores pueden llevar a riesgos en el feto; la continuidad de investigaciones en esta área y con un mayor número de tamaño muestral puede ampliar la probabilidad de encontrar mayor fuerza de relación en los factores de riesgo.

VII. VI. RECOMENDACIONES.

1. A la Dirección Regional de Salud Cajamarca se propone, continuar con el trabajo de los servicios que tengan que ver con los cuidados antes y durante la gestación para prevenir desenlaces fatales como una muerte fetal.
2. Recomendar al personal responsable de los establecimientos de salud de primer nivel de atención continuar con la captación oportuna y seguimiento de las gestantes, fortaleciendo la identificación de los señales de aviso que aparezcan en la gestación; así mismo trabajar continuamente con los representantes de las comunidades para potenciar las atenciones prenatales de toda gestante.
3. Recomendar al Hospital Regional Docente de Cajamarca, mejorar los registros de muerte fetal, incluyendo las causas del óbito fetal e implementar un equipo para la realización de las necropsias, para contribuir a la disminución de ésta; así mismo proponer el estudio clínico de todos los casos de óbito fetal.

REFERENCIAS

- (PDF) Risk factors for antepartum stillbirth: A case-control study in Nepal [Internet]. ResearchGate. [Citado 17 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/279750445_Risk_factors_for_antepartum_s_tillbirth_A_case-control_study_in_Nepal.
- Ahman, E., & Zupan, J. (2008) Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004. World Health Organization; 2007.
- Alejandro, Ch. (2018). Factores maternos asociados a muerte fetal tardía en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2017. Tesis en pregrado medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista.
- Andrade, T., & Pamela, K. (2018). Factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de Centro Obstétrico del hospital San Vicente de Paúl durante el período 2017 al 2018. [Citado 17 de enero de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8100>.
- Arizmendi, J., et al. (2012) Gestational diabetes and neonatal complications. Revista Med vol.20, num. 2. pp.50-60.
- Arribas, C., et al (2008) Análisis de la mortalidad fetal en el Hospital Universitario La Fe: estudio comparativo 1996-2000 frente a 2001-2005, Centro Materno Hospital Universitario La Fe. Valencia. España. Revista Elsevier. Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, Vol.35.Núm.2.pp, 45-50.
- Avila, J. (2016). La situación epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal, Perú 2016. Recuperado el 17 de enero de 2019 Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE012017/06neonatal.pdf>.
- Beischer, NA. y MacKay EV. (1988) Hemorragias de la segunda parte del embarazo. Obstetricia y Neonatología. Cap. 19. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 159-70.
- Borge; Martínez. (2018) Factores de Riesgo de Muerte Fetal Tardía en Embarazadas Atendidas en el Hospital Bertha calderón roque en el período comprendido del

1de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2018. Tesis posgrado especialidad en ginecología y obstetricia dela Universidad Autónoma de Nicaragua.

Cabero, L., et al (2007). Obstetricia y medicina materno – fetal. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.

Carreño, Vera. (2018) Factores asociados con la aparición de Óbito fetal en el gestante de la clínica maternidad Rafael Calvo en el perido comprendido entre los años 2012 - 2014. Tesis de especialidad en gineco-obstetricia en la Universidad de Cartagena de Indias.

Castillo, G (2007) Síndrome HELLP. Actualización. Ciudad de la Habana. Revista Cubana Hematología Inmunología Hemoterapia. v.23 n.1.

Castillo, M. (2018). Incidencia de factores desencadenantes del óbito fetal en pacientes entre 18 a 35 años de edad atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor [citado 17 de enero de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30628>.

Cervantes R, Watanabe T& Denegri J. (1998) Muerte materna y muerte perinatal en Hospitales del Perú. Ministerio de Salud. Lima: Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia. Tesis.

Chávez Wilber, et al. (1993). Muerte Fetal Intrauterio: Factores de Riesgo. Hospital de Apoyo III – Sullana. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia - Vol. 42 N°3.

Clapp, JF (2003) the natural history of antenatal nuchal cords. Revista Elsevier American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 189, Issue 2. Pages 488-49.

Cnattingius, S.,et al (1998) Differences in late fetal death rates in association with determinants of small for gestational age fetuses: population based cohort study. Pubmed.gov. 16; 316(7143):1483-7.

Conde Agudelo A, et al. Epidemiology of fetal death in Latin America. Acta Obstet Gynecol Scand. Vol.79, pp. 371-378.

Contreras, A. (2016) Principales patologías gineco obstétricas en pacientes atendidas en el servicio de emergencia gineco obstétrica del HRHVM Huánuco abril setiembre 2016. Tesis de pregrado en obstetricia de la Universidad de Huanuco.

- Cruz M & Norali N. (2008) Muerte intrauterina, Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de Medicina Humana, Trujillo-Perú.
- Chan, A., King JF, J., & Flenady , V. (2004). Classification of perinatal deaths: development of the Australian and New Zealand classifications. *J Paediatr Child Health*, 40(7), 340-347.
- Dr. Manuel Ticona Rendón. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Ave. Bolognesi N° 611. Oficina 203. Tacna, Perú.
- Espiritu, G. (2019) Factores maternos y neonatales asociados a muerte perinatal en el Hospital Jorge Voto Bernales - Essalud, 2013 - 2017". Tesis de Especialidad de la Universidad Norbert Wiener.
- Feldstein V, et al. (2008) Ultrasound evaluation of the placenta and umbilical cord. En: Callen PW. *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Fifth edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 730-6.
- Felipa, Vilca (2018) Factores asociados de muerte fetal intraútero en gestantes atendidas en el hospital santa maría del socorro 2012- 2014. Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia de la Universidad Alas Peruanas.
- Fustamante, N. (2016) Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque. Tesis para optar el título de Médico Cirujano de la Universidad San Martín. 2016.
- Gardosi, J., & Sue, K. (2005). Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *BMJ*, 331(7525), 1113-1117.
- Gary Cunningham. *Williams Obstetricia*, 2011, 23a ed. México: Macgraw-Hill
- Gibbons, C., et al (2014) Umbilical cord prolapse--changing patterns and improved outcomes: a retrospective cohort study. *121(13):1705-8*.
- Goldenberg R & Thompson C. (2003)The infectious origins of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*. Pp.189: 861-73.
- Gómez Ponce de León & R. ((2007). Misoprostol for intrauterine fetal death. *Int J Gynecol Obstet* .vol.99, pp.190.

- Gómez, S. (2000) Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Revista Cubana Obstet Ginecol*; 26(2):99-114.
- Gudiel, G. (2019) Factores asociados a muerte fetal intrauterina en pacientes del Hospital Antonio Lorena Cusco 2018. Tesis de pregrado en medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
- Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal. (2018). Disponible en URL www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/...muertefetalconfetounico/5GRR.pdf.
- Gustavo, F. (2011) Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. *Rev. Perú. med. exp. Salud Publica* v.28 n.3 Lima jul./set.
- Haavaldsen, C. (2010). The impact of maternal age on fetal death: does length of gestation matter? *Am J Obstet Gynecol*.vol 203, p.554.
- Hidalgo, A. (2018) Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital ii-1 de Moyobamba Julio 2014 a Junio del 2018. Tesis pregrado en medicina humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- Huanco, A et al. (2012) Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. vol.77 no.2 Santiago.
- Huang DY, et al. (2000). Determinants of unexplained antepartum fetal deaths. *Obstet Gynecol*.vol 95, pp.215-217.
- Huertas, T. (2003) Epidemiología de las muertes fetales ocurridas en el Instituto especializado materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 53. Pp.199-202.
- Keeling, J., & Golding, J. (1989). Classification of perinatal death. *Archives of Disease in Childhood*, 64, 1345-1351.
- Korteweg, F., Gordijn, S., & Timmer, A. (2006). The Tulip classification of perinatal mortality: introduction and multidisciplinary inter-rater agreement. *RCOG*, 393- 400.

- López, Gómez., & et al (2001) Síndrome HELLP en la Maternidad del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Caracas. Revista Obstet Ginecol Venez v.61 n.2.
- Loyola, U & Oyervide, S. (2016), Frecuencia y características del óbito fetal en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, 2010 a 2014. Tesis en pregrado medicina humana de la Universidad de Cuenca.
- Martínez, G y Gálvez, T (2013) perinatal outcomes after a maintained umbilical cord prolapse. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Caso clínico.
- Mauricio, Y. (2012) Factores de riesgo en muerte fetal intraútero en el Hospital de apoyo María Auxiliadora. Tesis para optar al título profesional de licenciada en obstetricia en la Universidad Wiener.
- Mendoza, I. (2014) Factores relacionados a las madres de casos que presentaron muerte perinatal, en un hospital de zona (tesis de posgrado) universidad veracruzana, México.
- Meza, J. (2016) Asociación de la rotura prematura de membranas con el óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete 2014-2018. Tesis en pregrado de Obstetricia dela Universidad de San Martin de Porras.
- Milla; V., & et al (2005). Fetal death at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Med Hered v.16 n.4.
- Ministerio de Salud. (2017) Boletín. Epidemiológico del Perú; Vol. (26): 92; 529 pág. Disponible en: URL www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/16.pdf.
- Molina, S & Alfonso, D. (2010) Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible? Redalyc Revista Universitas Médica Bogotá (Colombia). Vol. 51, núm. 1, enero-marzo, pp. 59-73.
- Molina, G. et at (2014) Characterization of fetal deaths and associated factors in a high complexity hospital in a Latin American country. Artículo original de Ginecología y Obstetricia Mexico.vol.82. Pp.595-603.
- Nápolo, M. (2016) new interpretations in the classification and diagnosis of pre-eclampsia. Revista Scielo, MEDISAN vol.20 no.4 Santiago de Cuba abr.-abr. 2016

- Neilson JP. (2004) Interventions for treating placental abruption (Cochrane review). En: The Cochrane Library. Chichester: John Wiley & Sons; 4.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Defectos congénitos. 63 Asamblea mundial de la salud. Ginebra. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. Disponible en https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Pacheco J. (2006) Ginecología y Obstetricia. Segunda edición. Lima: MAD Corp. SA.
- Pérez, E & Ráudez, A. (2010). Muerte fetal intermedia y tardía en Estelí (2007-2008): frecuencia, caracterización, causas y factores de riesgo. Tesis de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.
- Pons, G (2014). Stillbirth. Revista médica Clínica Condes; 25(6) 908-916.
- Ramírez, L. (2016). Principales Factores de Riesgo de Muerte Fetal En casos reportados en Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en Período enero 2011 a diciembre 2018 Managua. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/3141>.
- Rebaza, H. (2002) Para una política hospitalaria. En: Arroyo J, editor. La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, p. 239-302.
- Redondo, De Oro. (2014) Identification of the causes of fetal demise in a maternal care institution in Cartagena, Colombia, 2012-2014. Revista Scielo, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 67 No. 3. Julio-Septiembre 2016, pp.187-196.
- Rivera, L. et al. (2003) Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México. Rev Salud Pública.37 (6):687-92.
- Rodriguez, F. Et al. (2017). Maternal and perinatal characterization of diabetic pregnant woman. Revista Scielo, Revista Archivo Médico de Camagüey. vol.21 no.1 Camagüey ene.-feb. 2017.
- Romero GG, et al. ((2005). Multivariate analysis of risk factors for stillbirth in Leon, Mexico. Acta Obstet Gynecol Scand.vol.84.pp.2-6.

- Saavedra, S., et al (2006) Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membrana en el embarazo pretérmino. Revista Elsevier. Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, Vol.33.Núm.3.pp, 102-106.
- Sauceda, H. (2016) Factores causales asociados a óbito fetal tardío extrahospitalario en el Hospital San Pedro Sula Cortés. Tesis de especialidad en gineco-obstetricia en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle Sula.
- Schäffer, L., et al (2005) Nuchal cords in term and postterm deliveries--do we need to know? Pubmed.gov. 106(1):23-8.
- Senado, D (1999) Sobre el fundamento filosófico de los conceptos de la Dialéctica Materialista, se presenta un análisis en relación con el concepto e interpretación de los Factores de Riesgo. Revista cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):446-52.
- Silver, R., Varner, M., & Reddy, U. (2007). WORK-UP OF STILLBIRTH: A REVIEW OF THE EVIDENCE. Am J Obstet Gynecol, 196(5), 433-444.
- Spinillo, A., et al (1994) Factors associated with abruptio placentae in preterm deliveries. Acta Obstet Gynecol Scand. 73:307-12.
- Tejada R. (1997) Mortalidad materna y perinatal en el distrito de Yauli Huancavelica. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 45(2):131-6.
- The Lancet (2011) Muerte Fetal Intrauterina. Resumen ejecutivo de la serie de artículos publicados en The hLancet.
- Ticona M. (1992,1997) Factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal. Experiencia en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 1998; 44(3).
- Ticona, M., et al. (2002) Asfixia perinatal: Morbimortalidad, hospital Hipólito Unanue de Tacna 1992-2001. Acta Médica Peruana. 19(4): 50-1.
- Tinedo, M., & et al. (2016) Muerte fetal: caracterización epidemiológica-Universidad de Carabobo Bárbula, Venezuela. Revista Salus, vol. 20, núm. 2, pp. 37-43.
- Thomson, A. (1986). Classifying perinatal death: an obstetric approach. J Obstet Gynaeco, 93(12), 1204-1212.

- Trejo, V, & Ávila, E, & Pardo, M. (2010) 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 del Estado de México. Revista Medigraphic literatura biomédica vol.iv, N°.2. Mayo-agosto 2012. Pp.71-78.
- UNICEF. (2009) the State of the World's Children: Maternal and Newborn Health. United Nations Children's Fund; 2008.
- Vega. M & Miranda, S (2014) Maternal and perinatal morbidity and mortality of gestational diabetes in a Mexican population. European Scientific Journal February 2014 edition vol.10, No.6 ISSN: 1857 – 788.
- Vilavila, H. (2018) Factores de riesgo asociados a óbito fetal en el hospital Antonio Lorena del Cusco. Tesis de pregrado en Medicina Humana en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
- Vogelmann, RA & et at. (2008). Mortalidad fetal temprana en una institución de nivel III en Cali, Colombia. Revista Colombiana Salud Libre. Vol. 13 N°2(2018).
- Vogelmann, R., & Esteban, J. (2008). MUERTE FETAL INTRAUTERINA. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina (188), 10-16.
- WHO. (2019). Stillbirths Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/.
- Williams. Obstetricia, 24e. (2015) Líquido Amniótico. Editorial McGraw-Hill Medical.

ANEXOS

Tabla 08.

Distribución por factor de riesgo Control pre natal en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Factor de Riesgo Control Prenatal <6	Factor de Riesgo Control prenatal >6
Enero	3	3	0
Febrero	2	1	1
Marzo	2	1	1
Abril	2	1	1
Mayo	3	3	0
Junio	1	1	0
Julio	3	2	1
Agosto	2	1	1
Septiembre	2	2	0
Octubre	1	1	0
Total	21	16	5

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Control Prenatal <6	Factor de Riesgo Control prenatal >6
r =	0.79	0.14

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.79 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente factor de riesgo control prenatal (< 6) **es una relación directa alta.**

Tabla 09

Distribución por factor de riesgo pre eclampsia de las madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Factor de Riesgo Pre eclampsia (Si)	Factor de Riesgo Pre eclampsia (No)
Enero	3	1	2
Febrero	2	2	0
Marzo	2	0	2
Abril	2	0	2
Mayo	3	0	3
Junio	1	0	1
Julio	3	0	3
Agosto	2	2	0
Septiembre	2	0	2
Octubre	1	0	1
Total	21	5	16

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Pre eclampsia (Si)	Factor de Riesgo Pre eclampsia (No)
r =	0.09	0.62

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.09 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente factor de riesgo preeclampsia (si) es **una relación directa baja**.

Tabla 10

Distribución por factor de riesgo Síndrome de hellp en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos Óbito Fetal	Factor de Riesgo Síndrome de Hellp (Si)	Factor de Riesgo Síndrome de Hellp (No)
Enero	3	0	3
Febrero	2	0	2
Marzo	2	0	2
Abril	2	0	2
Mayo	3	0	3
Junio	1	0	1
Julio	3	1	2
Agosto	2	0	2
Septiembre	2	0	2
Octubre	1	0	1
Total	21	1	20

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Síndrome de Hellp (Si)	Factor de Riesgo Síndrome de Hellp (No)
r =	0.43	0.90

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.43 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente factor de riesgo síndrome de hellp (si) **es una relación directa media.**

Tabla 11

Distribución por factor de riesgo placentas previas de madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos Obito Fetal	Factor de Riesgo Placentas Previas (Si)	Factor de Riesgo Placentas Previas (No)
Enero	3	2	1
Febrero	2	0	2
Marzo	2	0	2
Abril	2	0	2
Mayo	3	0	3
Junio	1	0	1
Julio	3	0	3
Agosto	2	0	2
Septiembre	2	0	2
Octubre	1	1	0
Total	21	3	18

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Placentas Previas (Si)	Factor de Riesgo Placentas Previas (No)
r =	0.16	0.69

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.16 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente factor de riesgo placentas previas (si) **es una relación directa baja.**

Tabla 12

Distribución por factor de riesgo desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	Nº de Casos Obito Fetal	Factor de Riesgo Desprendimiento Prematuro de Placenta (Si)	Factor de Riesgo Desprendimiento Prematuro de Placenta (No)
Enero	3	1	2
Febrero	2	1	1
Marzo	2	1	1
Abril	2	0	2
Mayo	3	1	2
Junio	1	0	1
Julio	3	1	2
Agosto	2	1	1
Septiembre	2	1	1
Octubre	1	0	1
Total	21	7	14

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Desprendimiento Prematuro de Placenta (Si)	Factor de Riesgo Desprendimiento Prematuro de Placenta (No)
r =	0.72	0.76

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.72 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente factor de riesgo desprendimiento prematuro de placenta (si) **es una relación directa moderada.**

Tabla 13

Distribución por factor de riesgo retardo de crecimiento intrauterino en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Factor de Riesgo Retardo de Crecimiento Intrauterino (Si)	Factor de Riesgo Retardo de Crecimiento Intrauterino (No)
Enero	3	1	2
Febrero	2	0	2
Marzo	2	0	2
Abril	2	0	2
Mayo	3	0	3
Junio	1	0	1
Julio	3	1	2
Agosto	2	1	1
Septiembre	2	0	2
Octubre	1	1	0
Total	21	4	17

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Retardo de Crecimiento Intrauterino (Si)	Factor de Riesgo Retardo de Crecimiento Intrauterino (No)
r =	0.17	0.79

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.17 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente factor de riesgo retardo de crecimiento intrauterino (si) **es una relación directa baja.**

Tabla 14

Distribución por factor de riesgo ruptura prematura de membranas en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Factor de Riesgo Ruptura Prematura de Membrana (Si)	Factor de Riesgo Ruptura Prematura de Membrana (No)
Enero	3	1	2
Febrero	2	0	2
Marzo	2	1	1
Abril	2	1	1
Mayo	3	0	3
Junio	1	1	0
Julio	3	1	2
Agosto	2	0	2
Septiembre	2	0	2
Octubre	1	0	1
Total	21	5	16

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Ruptura Prematura de Membrana (Si)	Factor de Riesgo Ruptura Prematura de Membrana (No)
r =	0.14	0.79

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.14 entre la variable dependiente, óbito fetal y la variable independiente, factor de riesgo ruptura prematura de membrana (si) **es una relación directa baja.**

Tabla 15.

Distribución por factor de riesgo Prolapso de cordón en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Factor de Riesgo Prolapso de Cordón (Si)	Factor de Riesgo Prolapso de Cordón (No)
Enero	3	1	2
Febrero	2	0	2
Marzo	2	0	2
Abril	2	1	1
Mayo	3	0	3
Junio	1	1	0
Julio	3	1	2
Agosto	2	0	2
Septiembre	2	0	2
Octubre	1	0	1
Total	21	4	17

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Prolapso de Cordón (Si)	Factor de Riesgo Prolapso de Cordón (No)
r =	0.17	0.79

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.17 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente factor de riesgo prolapso de cordón (si) es **una relación directa baja**.

Tabla 16

Distribución por factor de riesgo circular de cordón en madres gestantes que se atendieron en el Hospital de Cajamarca de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Mes	N° de Casos óbito Fetal	Factor de Riesgo Circular de Cordón (Si)	Factor de Riesgo Circular de Cordón (No)
Enero	3	0	3
Febrero	2	1	1
Marzo	2	0	2
Abril	2	0	2
Mayo	3	1	2
Junio	1	0	1
Julio	3	0	3
Agosto	2	0	2
Septiembre	2	0	2
Octubre	1	0	1
Total	21	2	19

Fuente: Aplicación del instrumento a las madres gestantes en el Hospital Regional de la ciudad de Cajamarca

Correlación de Pearson:

	Factor de Riesgo Circular de Cordón (Si)	Factor de Riesgo Circular de Cordón (No)
r =	0.29	0.84

Interpretación:

El grado de correlación de Pearson es de 0.29 entre la variable dependiente óbito fetal y la variable independiente factor de riesgo circular de cordón (si) **es una relación directa media.**

Tabla 17

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según edad en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

		Diagnóstico del recién nacido	
		HIPOXIA FETAL	MALFORMACION FETAL
Entre 21 años a 34 años	Recuento	5	0
	% del total	23,8%	0,0%
menores de 20 años y mayores de 35 años	Recuento	13	3
	% del total	61,9%	14,3%
Total	Recuento	18	3
	% del total	85,7%	14,3%

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 18

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según edad gestacional en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

		Diagnóstico del recién nacido	
		HIPOXIA FETAL	MALFORMACION FETAL
Menos de 28 semanas	Recuento	9	1
	% del total	42,9%	4,8%
De 28 a más semanas	Recuento	9	2
	% del total	42,9%	9,5%
Total	Recuento	18	3
	% del total	85,7%	14,3%

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 19

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según número de partos en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

		Diagnóstico del recién nacido	
		HIPOXIA FETAL	MALFORMACION FETAL
< 3 partos	Recuento	9	1
	% del total	42,9%	4,8%
≥ 3 partos	Recuento	9	2
	% del total	42,9%	9,5%
Total	Recuento	18	3
	% del total	85,7%	14,3%

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 20

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según vía de parto en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

		Diagnóstico del recién nacido	
		HIPOXIA FETAL	MALFORMACION FETAL
Vaginal	Recuento	14	1
	% del total	66,7%	4,8%
Césarea	Recuento	4	2
	% del total	19,0%	9,5%
Total	Recuento	18	3
	% del total	85,7%	14,3%

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 21

Factores de riesgo asociados a óbito fetal según estado civil en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca–enero-octubre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casado	7	33%	33%	33%
Válido Conviviente	14	67%	67%	100%
Total	21	100,0	100%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 22

Distribución por antecedentes de abortos de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	18	85.71%	85.71%	85.71%
Válido ≥ 1	3	14.29%	14.29%	100%
Total	21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 23

Distribución por antecedentes de cesáreas de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	15	71.43%	71.43%	71.43%
Válido ≥ 1	6	28.57%	28.57%	100%
Total	21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 24

Distribución por factor de riesgo Control pre natal en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<6	16	76.19%	76.19%	76.19%
Válido >6	5	23.81%	23.81%	100%
Total	21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 25

Distribución por factor de riesgo pre eclampsia de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	5	23.81%	23.81%	23.81%
	NO	16	76.19%	76.19%	100%
	Total	21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 26

Distribución por factor de riesgo Síndrome de hellp en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	4.80%	4.80%	4.76%
	NO	20	95.20%	95.20%	100%
	Total	21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 27

Distribución por factor de riesgo placentas previas de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	14.29%	14.29%	14.29%
	No	18	85.71%	85.71%	100%
	Total	21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 28

Distribución por factor de riesgo desprendimiento prematuro de placenta norma inserta en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	33.33%	33.33%	33.33%
	No	14	66.67%	66.67%	100%
	Total	21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 29

Distribución por factor de riesgo retardo de crecimiento intrauterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	19.05%	19.05%	19.05%
	No	17	80.95%	80.95%	100%
Total		21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 30

Distribución por factor de riesgo ruptura prematura de membranas en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	5	23.81%	23.81%	23.81%
	no	16	76.19%	76.19%	100%
Total		21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 31

Distribución por factor de riesgo Prolapso de cordón en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	19.00%	19.00%	19.05%
	NO	17	81.00%	81.00%	100%
Total		21	100.00%	100.00%	

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 32

Distribución por factor de riesgo circular de cordón en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	2	9.52%	9.52%	9.52%
	No	19	90.48%	100.00%	110%
Total		21	100.00%		

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Tabla 33

Distribución por factor de riesgo asociados en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca en el periodo enero–octubre del 2018.

Factores de riesgo	Porcentaje (%)
Hipoxia Fetal	85.7
Edad Materna($\leq 20 \geq 35$)	76.2
Vía de parto vaginal	71.5
Estado civil soltera	66.7
Paridad ≥ 3	52.4
Edad Gestacional ≥ 28 semanas	52.4
Desprendimiento Prematuro de Placenta	33.3
Antecedentes de Cesáreas ≥ 1	28.6
Controles Prenatales < 6	23.8
Preeclampsia	23.8
Ruptura Prematura de Membranas	23.8
Retraso de Crecimiento Intrauterino	19.5
Prolapso de Cordón	19.0
Placenta Previa	14.3
Malformación fetal	14.3
Circular de Cordón	9.5
Síndrome de Hellp	4.8

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

En la tabla 33 se muestra que la Hipoxia Fetal representa el 85.7% predispone para óbito fetal, seguido de la Edad Materna ($\leq 20 \geq 35$), Vía de parto vaginal, Estado civil soltera, Paridad ≥ 3 , Edad Gestacional ≥ 28 semanas con el 76.2%, 71.5%,66.7%, 52.4%, 52.4%, respectivamente.

Tabla 34*Distribución de factor de riesgo por Correlación de Pearson*

BAJA(0-0.25)	MEDIA(0.25-0.5)	MODERADA(0.5-0.75)	ALTA(0.75-1)	PERFECTA(>1)
≥01 Aborto	Síndrome HELLP	Parto vaginal	Conviviente	x
RCIU	Circular de C.	<20->35 años	≥03 partos	x
Prolapso de C.		DPPNI	<6CPN	x
RPM			>28 semanas	
P.P				
Preeclamsia				
≥01 cesárea				

Fuente: Aplicación del instrumento las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Cajamarca.

Interpretación: Los Factores de riesgo alcanzan la correlación Directa Alta con solo un 25%, Correlación Directa Moderada 18.75%, Correlación Directa Media 12.5%, y una Correlación Directa Baja 43.75%.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE FACTORES DE RIESGO

Hoja de recolección de datos

Objetivo: Obtener información del paciente a través de la historia clínica sobre los factores que influyen en la mortalidad perinatal.

No de cuestionario: _____ Fecha: _____

N° DE HISTORIA CLINICA.....

NOMBRE DEL PACIENTE.....EDAD.....

FECHA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.....

CAUSA DE LA MUERTE FETAL.....

COMENTARIO:.....

.....
.....
.....

N°	NOMBRE DE LA VARIABLE	MEDIDA					RESULTADO
1	EDAD MATERNA	<21	21-34	>34			
2	ESTADO CIVIL	CASADA	CONVIVIENTE	OTROS			
3	OCUPACION	Ama de casa	empleada	comerciante			
4	ESCOLARIDAD	ANALFABETA	CON ESTUDIOS				
5	RELIGION	CATOLICA	EVANGELICA				
6	GESTAS	<3	>3				
7	PARTO	<3	>3				
8	ABORTO	<3	>3				
9	CESAREAS	<3	>3				
10	PERIODO INTERGENESICO	<2	>2				
11	TABAQUISMO	PRESENCIA	AUSENCIA				
12	ALCOHOLISMO	PRESENCIA	AUSENCIA				
13	DROGAS	PRESENCIA	AUSENCIA				
14	ESTADO NUTRICIONAL	DESNUTRICIÓN (<18.5)	NORMAL (18-24.5)	SOBRE PESO (25-29.5)	OBECIDAD (>30)		
15	DEABETES GESTACIONAL	PRESENCIA	AUSENCIA				
16	HIPERTENCION	PRESENCIA	AUSENCIA				
17	INFECCION DE VIAS URINARIAS	PRESENCIA	AUSENCIA				
18	CONTROL PRENATAL	1	2	3	4	>5	
19	EDAD GESTACIONAL DEL PRODUCTO	<28ss	>28ss				
20	SEXO DEL PRODUCTO	NASCULINO	FEMENINO				
21	PESO DEL PRODUCTO	<1200gr	>1200gr				
22	CIRCULAR DE CORDON AL CUELLO	PRESENCIA	AUSENCIA				
23	MALFORMACION FETAL	PRESENCIA	AUSENCIA				
24	HIPOXIA FETAL	PRESENCIA	AUSENCIA				
25	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	PRESENCIA	AUSENCIA				
26	PLACENTA PREVIA	PRESENCIA	AUSENCIA				
27	RUPTURA DE MEMBRANAS	PRESENCIA	AUSENCIA				
28	VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO	VAGINAL	CESAREA				
29	RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	PRESENCIA	AUSENCIA				

N°	NOMBRE DE LA VARIABLE	MEDIDA					RESULTADO
30	PREECLAMPSIA	PRESENCIA	AUSENCIA				
31	ECLAMPSIA	PRESENCIA	AUSENCIA				
32	DESPROPORCION CEFALO PELVICA	PRESENCIA	AUSENCIA				
33	EMBARAZO PLANIFICADO	SI	NO				
34	PLANIFICO LUGAR DE ATENCION DE PARTO	INSTITUCIONAL	NO INSTITUCIONAL				
35	PROCEDENCIA DE LA MADRE	RURAL	URBANO				

Autorización para el desarrollo de la tesis

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
JR. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Cajamarca, 20 de agosto del 2015.

Oficio N° 266 - 2015-GR.CAJ/DRS/HRC-UC

Sr.
Manuel Leoncio Cruz Malca
Jefe de estadística e Informática
Hospital Regional Cajamarca

Presente.-

ASUNTO : Solicita brindar facilidades

Tengo el agrado de saludar a Usted, al mismo tiempo comunicarle que la Srta. Rosario Maximina López Pérez, Obstetra, está realizando su Proyecto de tesis sobre "Incidencia y factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres de 20 a 45 años de edad en el Hospital Regional de Cajamarca de Enero a Octubre del 2015", por lo que solicito a Usted, brindar las facilidades del caso para que la mencionada Obstetra realice su trabajo, debiendo la Interesada al final de su trabajo presentar a esta Unidad, una copia en físico y otra en CD del trabajo desarrollado.

En espera de la atención y disposición que brinde a la presente, hago propicia la oportunidad para hacerle llegar las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL REGIONAL

Dr. Wálder Andrés Guevara Ortiz
JEFE UNIDAD DE CANCELACIÓN, COORDINACIÓN E INVESTIGACIÓN
C.M.P. 0111

WAGO/nzg,
c.c. Archivo



Autorización para la publicación electrónica de la tesis



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS**

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres: ROSARIO MAXIMINA LÓPEZ PÉREZ
D.N.I. : 26715970
Domicilio : Urb. Molinos del Inca Mz C y lote 1 Baños del Inca Cajamarca
Teléfono : Fijo : Móvil 956868973
E-mail : rosario.lopezperez@yahoo.es

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad: Presencial

Tesis de Pregrado

Facultad :
.....

Escuela :
.....

Carrera :
.....

Título :
.....

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestra

Mención : Gestión de los Servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:
ROSARIO MAXIMINA LÓPEZ PÉREZ

Título de la tesis:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ÓBITO FETAL EN MUJERES QUE FUERON
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CAJAMARCA

Año de publicación : 2019

**4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN
ELECTRÓNICA:**

A través del presente documento, Autorizo a publicar en texto completo
mi trabajo de investigación o tesis.

Firma :

Fecha :31-10-2019

Acta de aprobación de originalidad de tesis

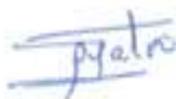


ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, JUAN PEDRO SOPLAPUCO MONTALVO, Asesor del taller de asesoría para actualización y elaboración de tesis y revisor de la tesis del estudiante, Br. Díaz Zamora Luis Jayar, titulada: Sistemas de tratamiento de aguas residuales domésticas para mejorar la calidad de vida en comunidades aledañas a actividades mineras – Cajamarca, constato que la misma tiene un índice de similitud de 14 % verificable en el reporte de originalidad del programa *Tumitin*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 28 de Enero del 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "J. Soplapuco".

.....
Dr. JUAN PEDRO SOPLAPUCO MONTALVO
DNI: 17404624

Reporte de Turnitin

Factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Cajamarca.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	ri.uaemex.mx Fuente de Internet	4%
2	bvs.sld.cu Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
7	ISAAC PAENSON. "VARIANCE ANALYSIS AND CORRELATION**In many text-books 'correlation' and 'regression' are considered synonyms, although from the point of view of the precision of scientific terminology a distinction	<1%

Autorización de la versión final del trabajo de investigación



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA LA JEFA DE UNIDAD DE POSGRADO

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

ROSARIO MAXIMINA LÓPEZ PÉREZ

INFORME TITULADO:

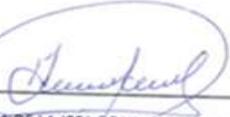
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ÓBITO FETAL EN MUJERES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CAJAMARCA

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 31/10/2019

NOTA O MENCIÓN: APROBAR POR UNANIMIDAD



FIRMA DE LA JEFA DE UNIDAD DE POSGRADO