

**Universidad de Huánuco**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES QUE INDUCEN AL ÓBITO FETAL EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016.**

**Para Optar el Título Profesional de :  
OBSTETRA**

**TESISTA**

**Bach. BERROSPI ARRATEA, Diosvani Yanina**

**ASESORA**

**Mg. MARCELO ARMAS, Maricela**

**Huánuco - Perú  
2019**



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las once horas del día dieciocho del mes de Setiembre del año dos mil diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 1410-2019-D-FCS-UDH de fecha 12 de Setiembre del 2019 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1084-2018-R-UDH de fecha 02/OCT/18 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: "**FACTORES QUE INDUCEN AL ÓBITO FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN MEDRANO 2016**" presentado por la Bachiller doña **Diosvani Yanina BERROSPI ARRATEA** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola APROBADA por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de BUENO (Art. 54).

Siendo las 12<sup>30</sup> horas del día, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

  
.....  
Mg. Natalia Ballarte Baylón  
PRESIDENTA

  
.....  
Obst. Teogenes Alfonso Castro Quiroz  
SECRETARIA

  
.....  
Obst. Trinidad Santana Javier  
VOCAL

/gtc.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis va dedicada primeramente a DIOS por la vida, la salud, y la oportunidad de estudiar. A mis padres que dieron todo por mi le debo mucho por el apoyo económico, moral y la paciencia que me tuvieron me levantaban cuando flaqueaba.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradesco a DIOS y a la VIRGEN MARIA por su amor y su iluminacion a mi camino ,haciendo que logre mis metas trazadas.

En el segundo lugar agradecer a mis docentes de la universidad que por sus enseñanzas día a día lograron pulirnos en nuestros objetivos profesional.

A mi asesora Obst. Maricela luz, MARCELO ARMAS por su confianza en mí por su ayuda en mi tesis.

## **INDICE**

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>VI</b>
<b>SUMARY.....</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>VIII</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción del problema .....	10
1.2 Formulación del problema .....	15
1.3. Objetivo General.....	16
1.4. Objetivos Específicos .....	16
1.5. Justificación de la investigación .....	16
1.6 Limitaciones de la Investigación.....	18
1.7 Viabilidad de la investigación .....	18
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de investigación.....	20
2.2. Bases teóricas .....	25
2.3. Definición de Conceptos básicos .....	32
2.4 .Hipótesis .....	32
2.5. Variables .....	32
2.5.1. Variable dependiente.....	32
2.5.2. Variable independiente.....	32
2.6. Operacionalización de variables .....	33
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Tipo de Investigación.....	35
3.1.1 Enfoque.....	35
3.1.2. Alcance o nivel.....	36
3.1.3 Diseño del estudio .....	36
3.2 Población y muestra .....	36

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	38
3.3.1 Técnica de recolección de datos.....	38
3.3.2. Instrumentos de recolección de datos.....	38
3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	39
3.4.1 Técnicas de procesamiento de información.....	39
3.4.2. Técnicas para el análisis de la información .....	40
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>33</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
4.1. Resultados Descriptivos .....	42
4.2. Resultados Inferenciales .....	68
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>DISCUSION DE RESULTADOS</b>	
5.1. Contrastación de los resultados .....	69
Conclusiones. ....	72
Recomendaciones .....	73
Referencias bibliográficas.....	75
<b>ANEXOS .....</b>	<b>80</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.

**Métodos:** El estudio fue de diseño descriptivo correlacional retrospectivo con la evaluación de 30 Historias clínicas correspondiente al periodo 2016. Se utilizó como instrumento una ficha de registro para el recojo de datos. En el análisis inferencial se utilizó la prueba de Chi cuadrado

**Resultados:** De los factores socio demográfico de las pacientes en estudio se encontró que la mayoría de las pacientes tenían entre 26 a 30 años el estado civil fue de conviviente, la ocupación predominante fue ama de casa, la escolaridad predominante fue secundaria. En los factores obstétricos el mayor número de gestaciones fue de 1 a 3, existe un predominio de antecedentes de aborto, periódico intergenesico menor de 2 años, el estado nutricional de mayor predominio fue sobrepeso. En los factores perinatales la edad gestacional del producto a pre termino tuvo mayor predominio, Los resultados de este estudio demuestran que la restricción de crecimiento intrauterino es un factor independiente el cual confiere un riesgo elevado para presentar óbito fetal, y de la misma manera la asistencia adecuada a control prenatal es un factor independiente que reduce en un 69% el riesgo de óbito fetal.**Conclusiones:** Los factores socio demográficos, obstétricos y perinatales inducen al óbito fetal en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano en el 2016.

*Palabras clave: Factores socio demográficos, obstétricos y perinatales, óbito.*

## SUMMARY

**Objective:** To determine the factors that induce fetal death in pregnant women treated at the Hermilio Valdizán Medrano 2016 Regional Hospital.

**Methods:** The study was a retrospective correlative descriptive design with the evaluation of 30 clinical histories corresponding to the 2016 period. A tab was used as an instrument record for data collection. In the inferential analysis the Chi-square test was used.

**Results:** Of the socio-demographic factors of the patients under study, it was found that most of the patients were between 26 and 30 years of age, the marital status was of a cohabiting partner, the predominant occupation was house, the predominant schooling was secondary. In the obstetric factors, the highest number of pregnancies was 1 to 3, there is a predominance of antecedents of abortion, intergenetic periodical less than 2 years, nutritional status of greater prevalence was overweight. In perinatal factors, the gestational age of the finished product was more predominant. The results of this study show that the intrauterine growth restriction is an independent factor which confers a high risk to present fetal death, and in the same way the assistance Adequate prenatal control is an independent factor that reduces the risk of fetal death by 69%.

**Conclusions:** Socio-demographic, obstetric and perinatal factors induce fetal death at the Hermilio Valdizán Medrano Regional Hospital in 2016.

*Key words: Socio-demographic, obstetric and perinatal factors, obito.*



## INTRODUCCIÓN

Óbito fetal se define como la muerte de un feto previa a su expulsión o extracción completa desde su madre, encontrándose el mismo sin respiración, latido cardíaco, pulso en cordón umbilical o movimientos muscular.

La mujer embarazada y el feto, a pesar de cumplir con un proceso fisiológico, están expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y vida. Entre las complicaciones del embarazo más temidas se encuentra el óbito fetal, llamado también muerte fetal tardía, si ocurre entre las 28 semanas de gestación y el parto. Se define muerte fetal intrauterina, el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos. La etiopatogenia del óbito fetal es controversial, debido a que hay muchas causas relacionadas, las cuales se clasifican en maternas, fetales y ovulares.

El propósito del presente trabajo fue determinar los factores que inducen al óbito fetal en el Hospital Regional Hermilio Valdizan en el año 2016.

En ese sentido, nuestro estudio de investigación se compone en cinco capítulos. El primero lo constituye el problema, la formulación del problema, el objetivo general y específico y la trascendencia de la investigación.

En el segundo capítulo lo conforma el marco teórico, el cual se encuentra constituido por los antecedentes de la investigación, las

bases teóricas, las definiciones conceptuales, sistema de hipótesis y sistema de variables.

El tercer capítulo se refiere al marco metodológico, abarcando el tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

En el cuarto capítulo se comunican los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se incluyen las conclusiones y las recomendaciones. Y, también las referencias bibliográficas y los anexos.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema

La muerte fetal es uno de las complicaciones maternas fetales más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Cada año se producen millones de casos de muerte fetal, que no son registrados ni reflejados en las políticas sanitarias a nivel mundial. Hasta ahora, los sistemas de recopilación de datos de las Naciones Unidas (ONU) no incluían los casos de muerte fetal. Las acciones políticas a nivel mundial, como los “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (MDG Millennium Development Goals), omitían los casos de Muerte Fetal, del mismo modo que el cálculo de “Carga Mundial de Morbilidad” (Carga Global de la enfermedad) <sup>(1)</sup>.

Por otro lado la OMS <sup>(2)</sup>, conceptualiza que por año ocurren como mínimo 2,6 millones de casos de Muerte Fetal durante el tercer trimestre del embarazo, de los cuales el 98% de los casos ocurren en países de bajo o mediano nivel socio-económico. Los casos de Muerte Fetal antes del trabajo de parto (preparto) representan más de la mitad (1,4 millones) de los casos de Muerte Fetal y los otros 1,2 millones se producen por complicaciones durante el parto (sobre todo en el tercer mundo). El riesgo de muerte fetal en las mujeres africanas es 24 veces mayor que el riesgo de las mujeres pertenecientes a

países de alto nivel socio-económico. Las causas principales de la Muerte fetal son similares a aquéllas que producen la muerte de una mujer embarazada o de un recién nacido).

La frecuencia de la muerte fetal varía en relación a cierto número de factores; entre ellos: raza, edad materna, período de gestación, tipo de atención prenatal y del y del parto, sexo del feto, ubicación geográfica, antecedentes obstétricos y factores socioeconómicos.<sup>(3-4)</sup>

Actualmente, resaltan enfermedades como la restricción del crecimiento intrauterino retardado, las anomalías de la placenta y del cordón umbilical, así como la enfermedad hipertensiva materna, muy frecuente en la génesis de una muerte fetal. Más recientemente, se promulga la teoría de que los anticuerpos antifosfolípidos también son causantes de muerte fetal intraútero parto, sexo del feto, ubicación geográfica, antecedentes obstétricos y factores socioeconómicos.<sup>(5,6)</sup>

A nivel mundial ocurre aproximadamente en diez de cada 1000 nacimientos;<sup>(7,8)</sup> en los Estados Unidos de América, en siete de cada 1000 nacimientos; en algunos países africanos, solamente la malaria tiene tasas de 40/1000 nacimientos; en Chile, tiene una frecuencia entre siete a diez por 1000/nacidos vivos. La incidencia de la muerte fetal se ha reducido en los países desarrollados, por la implementación de políticas de salud adecuadas y por el desarrollo de normas específicas de manejo de las embarazadas de alto riesgo. Sin embargo, desde hace varios años su frecuencia ha permanecido estable. La principal razón que explica este estacionamiento de las

tasas, es el desconocimiento de las causas, lo que favorece la repetición de la muerte fetal en las gestaciones siguientes.<sup>(9)</sup>

La enfermedad y la muerte del feto y el recién nacido están asociadas a diversos factores relacionados a los genes y al medio ambiente. Así, se ha descrito que la muerte fetal tardía se asocia a la restricción del crecimiento fetal, mujeres con talla menor de 156 cm, embarazos múltiples e hipertensión arterial <sup>(10)</sup>.

En embarazos de peso normal al nacer, el riesgo de muerte fetal se asocia a la edad de la madre, el hábito de fumar, embarazos múltiples, e hipertensión arterial <sup>(11)</sup>.

Los riesgos de complicaciones placentarias aumentan con la edad de la madre, ya que se ha visto cambios vasculares degenerativos en las arterias uterinas y miometrial es en mujeres en edad reproductiva <sup>(12)</sup>.

Por otro lado la escasa información hace difícil estimar los riesgos de la población y, por lo tanto, implementar planes preventivos en un evento que muchos casos puede evitarse.

La muerte fetal intrauterina constituye uno de los más importantes resultados adversos del embarazo; a pesar de ello, no tiene mayor atención. Los cálculos mundiales señalan que anualmente se producen aproximadamente al menos 2,65 millones de casos de muerte fetal intrauterina en el último trimestre del embarazo, y más del 45% de los casos ocurren durante el trabajo de parto. La gran mayoría (98 %) de estos casos tuvieron lugar en países de

ingresos bajos y medios. Esta cifra se aproxima a la cantidad total de muertes neonatales precoces y es casi igual a la cantidad de muertes de niños de 1 a 5 años (3,2 millones). <sup>(13)</sup>

En el Perú, el 50,76 % de las muertes perinatales registradas correspondieron al período fetal. El 74,54 % de muertes fetales se produjeron en el anteparto <sup>(14)</sup>.

Aunque en la Región la tasa de óbito disminuyó en la primera mitad del siglo XX, durante las últimas décadas esta proporción ha estado relativamente estable.

De acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(3)</sup> en países en vía de desarrollo la tasa de óbito fetal es mayor que en países desarrollados, esta tasa ha disminuido notablemente en países desarrollados desde 1940 la cual se consideraba de 25-45 x 1000 nacidos vivos, reportándose en la actualidad tasas de 3-5 X 1000 nacidos vivos <sup>(15)</sup>.

Así mismo es importante indicar que en países en vía de desarrollo, por la baja calidad en las intervenciones para reducir la incidencia de óbito fetal, se ha encontrado una tasa similar de hace más de 100 años en países desarrollados (30-50 x 1000 nacidos vivos); siendo la más alta en África subsahariana y el sur de Asia <sup>(16)</sup>.

Se registra actualmente que el 98% de los óbitos fetales ocurren en los países de ingresos bajo y medio. El 67% de los casos ocurre en área rural.

Además se calcula 1,19 millones de óbitos por año (casi la mitad de los óbitos en los países subdesarrollados) ocurren durante el trabajo de parto y el nacimiento, debido principalmente a falta de personal entrenado para la atención del parto y los pocos recursos dirigidos a este aspecto <sup>(17)</sup>.

Las causas se presentan en forma diferenciada según la población estudiada. En países desarrollados encontramos que las principales causas son las anomalías congénitas, restricción del crecimiento intrauterino, enfermedades maternas tales como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolipídico, seguido de los desórdenes hipertensivos entre otros mientras que en países en vía de desarrollo la principal causa es la mal posición fetal durante el trabajo de parto, los desórdenes hipertensivos asociados al embarazo y las infecciones <sup>(12)</sup>.

En Estados Unidos se presentan como principal causa las complicaciones obstétricas entre ellas el desprendimiento prematuro de placenta, la ruptura prematura de membranas pre término y el parto pre término, siendo la segunda causa las alteraciones placentarias y las alteraciones vasculares maternas, otras causas serían la infección, alteraciones en el cordón umbilical y los trastornos hipertensivos <sup>(13)</sup>.

El principal factor de riesgo en países en vía de desarrollo es el inadecuado control prenatal <sup>(14)</sup>. Así mismo de igual forma tener un

adecuado cuidado prenatal reduce el riesgo de muerte fetal y resultados perinatales adversos <sup>(15)</sup>.

Se ha demostrado que las mujeres mayores de 35 años tienen dos veces más riesgo de óbito fetal que mujeres más jóvenes <sup>(16)</sup>. Se ha concluido además que el riesgo de óbito fetal es mayor en mujeres antes de los 14 años, el mismo disminuye entre los 22 y los 29 años y aumenta en menor grado luego de los 44 años <sup>(17)</sup>.

Otros estudios concluyen que luego de los 45 años el óbito fetal se presenta en mayor porcentaje con un OR estimado de 2.1 <sup>(18)</sup>

Por ello es importante que se identifique los factores que inducen al óbito fetal con la finalidad de evitar una muerte fetal inexplicada (MFI), con especial énfasis en las trombofilias (coágulos sanguíneos) que cada día adquieren mayor importancia en la obstetricia.

Razones que me motivaron para realizar el presente trabajo de investigación a fin de determinar que factores inducen al óbito fetal en las gestantes que son atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano.

## **1.2 Formulación del problema**

Por lo expuesto la descripción de tal realidad problemática nos conllevó a formular los siguientes problemas:

### **1.2.1 Problema general**

- ¿Cuáles son los factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016?



### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Qué factores socio-demográficos inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016?
- ¿Qué factores obstétricos inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016?
- ¿Qué factores peri natal inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016?

### **1.3. Objetivo General**

Determinar los factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.

### **1.4. Objetivos Específicos**

- Identificar los factores socio-demográficos que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.
- Establecer los factores obstétricos que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016
- Identificar los factores perinatales que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016

### **1.5. Justificación de la investigación**

Los adelantos tecnológicos y farmacológicos como resultado de diversas investigaciones científicas realizadas, han contribuido al

diagnóstico oportuno y la disminución de tasas de morbilidad y mortalidad en la población, en la última década existe la convicción de realizar investigación en salud, desde el primer nivel de atención, para beneficiar a un alto porcentaje de la población.

La mujer gestante, abarca a la madre y al feto como una unidad indivisible, por lo tanto es necesario investigar factores que involucren a ambos, además hay que tomar en cuenta que están expuestos a factores con alto grado de variabilidad, y por lo tanto no pueden ser traspolados tal cual a medios poblacionales u hospitalarios, sin ser sujetos a un análisis.

Se considera necesario realizar un estudio de investigación, que identifique a partir del evento establecido factores que según la literatura pudieran estar asociados, con el objeto de disminuir la incidencia en esta Institución, además los datos registrados serán de gran utilidad en otras poblaciones hospitalarias con características semejantes a la nuestra.

Los resultados de la presente investigación, ayudarán a replantear acciones, ejecución y evaluación, encaminadas a una parte de la salud reproductiva en el Hospital Regional Hermilio Váldizan Medrano, sirviendo para reordenar los costos económico y administrativo que representan la atención , ya que ayudaría a la disminución de costos en exámenes laboratorio, disminución de días de estancia hospitalaria, empleo de insumos y uso de fármacos de costo elevado, tiempo medico además de contribuir en la economía familiar al evitar gastos innecesarios.

## **1.6 Limitaciones de la Investigación.**

Para la elaboración de la presente investigación se dispuso de escasos trabajos de investigación relacionados al tema como material de consulta así mismo, de bibliografía actualizada y de fuentes bibliográficas en Internet, por lo que existen limitaciones metodológicas para su desarrollo.

Las limitaciones del presente estudio incluyen la recolección de datos de forma retrospectiva a través del uso de historias clínicas. Una fuente potencial de sesgo consiste en un mejor diligenciamiento de las historias clínicas cuando se trata de óbito fetal, en comparación con las historias clínicas regulares, de los controles.

Por ser un estudio descriptivo, la población de estudio tiene ventaja en cuanto a las facilidades para realizar un estudio de este tipo, pero existen limitaciones si se quiere extrapolar los resultados y conclusiones a otros grupos de gestantes aunque sean demográficamente similares.

## **1.7 Viabilidad de la investigación**

El presente estudio fue viable debido, a que existió disponibilidad económica para la ejecución del proyecto en términos de costos de acuerdo a los rubros establecidos que fueron solventados íntegramente por el investigador.

Respecto a los recursos humanos, se dispuso de apoyo requerido en las diferentes etapas del proceso de investigación : investigador,

asesor, personal para el ingreso de datos y soporte para el análisis de datos

Por otro lado el estudio fue viable operativamente ya que se contó con profesionales en el servicio de admisión, que brindaron el soporte para recolección de datos y el análisis de resultados.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de investigación

Para el estudio se identificaron antecedentes escasos en relación al tema, hecho que llevo a plasmar referencias en función a la variable en estudio.

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Carreño (2015), Colombia**, en su estudio Titulado: “Factores asociados con la aparición de óbito fetal en gestantes de la clínica maternidad Rafael Calvo en el período comprendido entre los años 2012 a 2014”. Estudio retrospectivo, que tuvo como objetivo determinar los factores relacionados con la aparición de óbito fetal en gestantes de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, mediante un estudio observacional de casos y controles de tipo retrospectivo. Donde se concluye indicando que el óbito fetal continúa siendo una condición de interés en el control de las pacientes obstétricas de bajo y alto riesgo. El conocimiento de su existencia, etiología y fisiopatología, permitirá un reconocimiento precoz de los factores de riesgo modificables y, de esta manera, identificar los fetos en riesgo que son susceptibles de intervención.<sup>(19)</sup>

**Molina et.al (2014), Colombia** <sup>(20)</sup>, en su estudio titulado :“Caracterización de las muertes fetales y factores asociados en una institución latinoamericana de IV nivel de atención”, tuvieron como objetivo establecer la frecuencia y describir las características

sociodemográficas, médicas y factores asociados con la muerte fetal en un hospital de referencia de IV nivel de atención. El estudio fue estudio transversal en el que se cuantificaron las muertes fetales y los factores asociados. Se concluye indicando que la muerte del feto sigue representando un problema; nuestros hallazgos sugieren la necesidad de fomentar métodos que permitan implantar la vigilancia fetal en las pacientes con factores de riesgo, con el fin de tomar decisiones oportunas.<sup>(20)</sup>

**Martinez (2014), Venezuela**, en su estudio Titulado. “Factores clínicos maternos y hallazgos anatomopatológicos de los óbitos fetales de gestantes ingresadas al departamento de obstetricia del hospital central de maracay en el periodo enero a octubre del año 2014”, tuvo como objetivo: determinar los factores clínicos maternos y hallazgos anatomopatológico de los óbitos fetales de las gestantes ingresadas al departamento de obstetricia del Hospital Central de Maracay en el período Enero-Octubre 2014. La muestra estuvo conformada por 44 pacientes escogidas totalmente al azar que cumplían con criterios de inclusión, entre los resultados se observó que la edad oscilaba entre 14 a 42 años con el 34,09%, con edad gestacional más frecuente entre las 29 y 37 semanas con 54,45%, la hipertensión arterial crónica con 11.36%, fue el antecedente patológico más frecuente, la preclampsia la comorbilidad asociada más común con 18,8% y la RPM como causa ovular con 9,09%, la vía de interrupción que impero fue la vaginal con conducta de maduración cervical más inducción del trabajo de parto, el

81,8% tuvo control prenatal y este fue oportuno en el 56,81% solo al 22,73% se le practico necropsia siendo el hallazgo más común la hepatomegalia en el 100% seguido de la Hemorragia Subaracnoidea 70 %. Se llegó a la Conclusión de que la mayor cantidad de muerte fetal ocurre en pacientes entre los 15 y 24 años de edad siendo estas Primigestas la causa de muerte más frecuente fue de origen materno mediada por la preclampsia, la mayoría cuenta con control prenatal, los hallazgos anatomopatológico más frecuentes son la hepatomegalia y la Hemorragia<sup>(21)</sup>.

**Linares,et.al (2006), Chile** en su estudio titulado: "Muerte fetal in útero, etiología y factores asociados en el Hospital Regional de Antofagasta Chile, tuvieron como objetivo determinar la etiología y los factores maternos asociados de las muertes fetales intrauterinas ocurridas después de las 20 semanas de gestación, el estudio fue descriptivo retrospectivo de las muertes fetales intrauterinas acontecidas en un período de 2 años (2004-2006). Se concluye indicando que la mayor cantidad de muertes fetales fueron tardías. Los óbitos se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de 15 a 20 años. Los factores asociados más importantes son potencialmente identificables: consumo de sustancias nocivas, embarazo no controlado, consulta tardía, y patologías maternas (obesidad, pre eclampsia y TORCH), los cuales deberían ser diagnosticados y oportunamente tratados con un adecuado control prenatal<sup>(22)</sup>.

### 2.1.2. Antecedentes nacionales

**Fustamente (2016), Lambayeque-Perú**, en su estudio titulado : “Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque factores asociados a muerte fetal en dos Hospitales Referenciales de Lambayeque”, tuvo como objetivo :Identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en gestaciones mayores de 20 semanas el estudio fue de casos y controles con 59 casos de muerte fetal de más de 20 semanas de gestación y 118 neonatos vivos cuyo nacimiento ocurrió inmediatamente después. Entre los resultados se encontró que los factores que se asociaron a muerte fetal fueron: El trabajar fuera del hogar durante el embarazo, tener antecedente de abortos previos y el sexo fetal masculino, aumentan el riesgo de presentar muerte fetal; sin embargo, el tener grado de instrucción superior, el número de controles prenatales, las ecografías realizadas durante la gestación, el peso de la gestante y la edad gestacional del feto, son factores protectores. Se llega a la conclusión que los factores asociados a muerte fetal, resaltan el antecedente de abortos previos, por lo cual los controles prenatales son fundamentales para la prevención de la muerte fetal <sup>(23)</sup>

**Chávez, et.al (2015) Piura-Perú**, en su estudio titulado: Muerte fetal intraútero: factores de riesgo Hospital de Apoyo III - Sullana. Tuvo como objetivo Establecer los factores de riesgo de muerte fetal intraútero en una población peruana norteña. El estudio fue



retrospectivo, analítico, caso y control de muerte intrauterina en 2,743 partos con recién nacidos de peso igual o mayor de 500 y/o mayor de 19 semanas de gestación. Se concluye indicando que los factores de riesgo de la muerte fetal fueron: a) Maternos: Multiparidad (RR 1,65), parto inducido (RR 7,75), CPN (RR 0,44), presentación pelviana (RR 2,95) y transversa (RR 4,56), parto pre término (RR 8,66) y enfermedades maternas (RR 3,14), principalmente hemorragia del segundo trimestre (RR 26,22); y b) Materno fetal y fetal: peso bajo al nacer (RR 11,30), pre término por examen físico (RR 10,42), desproporción cefalopélvica (RR 1,07) y malformaciones (RR 10,42).

(24)

**Mauricio 2012) Lima-Perú**, en su estudio titulado: “Factores de riesgo en muerte fetal intraútero en el hospital de apoyo María Auxiliadora: 2005-2010”, tuvo como objetivo : Determinar los factores de riesgo en muerte fetal intraútero en el hospital de apoyo María Auxiliadora: 2005-2010, el estudio fue de tipo epidemiológico, analítico, de casos y controles. Entre los resultados se encontró que la tasa de muerte fetal por mil nacidos vivos, en el período estudiado, fue de 20,7. Las variables preconceptionales asociadas de manera significativa con resultados estadísticos odds ratio (OR) significativos fueron adolescentes, 6,8; añosas, 4,6; nulíparas, 11,8; estado civil, 4,7; analfabetas, 8,76. Las variables conceptionales con resultados OR significativos fueron no atención prenatal, 17,1; anemia, 7,21, placenta previa, 6,91; embarazo múltiple, 6,75; cardiopatías, 6,03;

eclampsia, 5,37; ruptura prematura de membranas, 5,14; desproporción cefalopélvica, 4,53; desprendimiento prematuro de placenta, 4,70; infección urinaria, 4,24; preeclampsia, 4,13; trabajo de parto prolongado, 4,04; retardo de crecimiento intrauterino, 3,36; diabetes, 2,69. Las variables intraparto que resultaron significativas fueron presentación podálica, 3,49; y trabajo de parto prolongado, 6,65. Las conclusiones fueron que existen factores de riesgo preconcepcionales, concepcionales e intraparto importantes para muerte fetal; reducirlos podría significar un descenso significativo en la muerte fetal.<sup>(25)</sup>

### **2.1.3. Antecedentes locales**

A nivel local no se encontraron referencias en función al estudio planteado.

## **2.2. Bases teóricas**

La muerte fetal es una tremenda complicación del embarazo, que necesita un incremento en la prevención a partir del hallazgo de factores de riesgo <sup>(26)</sup>.

El síndrome de muerte fetal se define como la muerte del feto que se presenta después de la semana 20 de gestación, en la ausencia de trabajo de parto instaurado <sup>(27)</sup>. Por lo que constituye en general, un tercio de la mortalidad fetal e infantil y más del 50% de las muertes perinatales en los países desarrollados. Las causas de muerte fetal raramente se reportan y la mayoría se desconoce. De acuerdo con lo

anterior, es importante la identificación del riesgo antenatal con el fin de detectar por primera vez el antecedente, la enfermedad o la alteración que aumenta la posibilidad de muerte fetal, para determinar el riesgo relativo de resultados obstétricos adversos, al compararla con la población general <sup>(28)</sup>.

Encontramos también que algunos autores la definen como “cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación con un peso mayor de 500 gramos”, parece ser que no hay una definición aceptada internacionalmente. Esta carencia podría ser fuente de dificultades o limitaciones a la hora de intentar comparar el grado de ocurrencia del fenómeno (frecuencia) o de otras características, entre distintas publicaciones <sup>(29,30)</sup>.

Entre los factores causales se encuentran los ocurridos anteparto e intraparto, algunos de los cuales pueden descubrir tempranamente mediante un control prenatal adecuado, esto y la atención de partos a nivel hospitalario, han incidido en una disminución del porcentaje de estas muertes <sup>(31,32)</sup>.

### **2.2.1 Definición**

Un óbito fetal se define como: la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 o con peso mayor de 500 g. El feto no muestra signos de vida al nacimiento, ni responde a las maniobras de reanimación y no corresponde a una terminación inducida del embarazo <sup>(33)</sup>.

Así mismo la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió a la muerte fetal, como aquella que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo <sup>(34,35)</sup>.

Para la OMS (Organización Mundial de la Salud) <sup>(36,37)</sup> la muerte fetal es definida como la acaecida antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación. La muerte está confirmada cuando el feto no respira o no da evidencia de vida como es la ausencia de latidos cardíacos, de pulsación del cordón umbilical o de movimientos musculares voluntarios.

Por lo que se concluye indicando que la muerte fetal es el resultado de la interacción de diferentes y complejos procesos fisiopatológicos que ocurren en la madre, el feto y la placenta <sup>(38)</sup>. Sin embargo la causa debe considerarse como aquella capaz de causar la secuencia de eventos que desencadenan la muerte del feto <sup>(39,40)</sup>.

### **2.2.2. Fisiopatología y clasificación**

Tradicionalmente las causas de muerte fetal se han diferenciado en maternas, fetales y placentarias, siendo las más habitualmente citadas las siguientes:

**Maternas:** embarazo prolongado, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, infecciones, hipertensión arterial, pre eclampsia, eclampsia, hemoglobinopatías, edad materna precoz o avanzada, incompatibilidad Ruptura uterina, síndrome antifosfolípido,

trombofilias hereditarias, hipotensión severa materna, muerte materna (41).

En los países desarrollados, 10.2 % de las muertes fetales son causadas por una infección materno- fetal tal como la bacteriana con predominio de los siguientes patógenos: Escherichia coli, los estreptococos del grupo B, y el Urea plasma urealyticum (42).

Por otro lado el uso de cocaína durante el embarazo se asocia a un aumento en el doble del riesgo de muerte fetal, sobre todo como resultado de la restricción de crecimiento, por otra parte el uso de la marihuana durante el embarazo no se ha asociado a muerte fetal (43).

Así mismo el consumo de alcohol en el embarazo se ha ligado a un riesgo de muerte fetal producto de desnutrición materna, produce anemia, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones fetales, insuficiencia placentaria y desprendimiento de placenta normo inserta (44).

El tabaquismo, la nicotina es el causante de vasculitis espástica uterina, ocasionando insuficiencia placentaria y retardo en el crecimiento intrauterino lo cual se ha asociado con desprendimiento de placenta normo inserta, se ha observado que el tabaquismo es un factor que aumenta hasta el doble de riesgo de muerte fetal (45).

**Fetales:** gestación múltiple, retardo de crecimiento intrauterino, anomalías congénita, anomalías genéticas, infección (46).

Las enfermedades genéticas o aberraciones cromosómicas están presentes en aproximadamente 6 a 12 % de muertes fetales

entre las más comunes están las siguientes: monotonía del cromosoma X (23%), trisomía 21 (23%), trisomía 18 (21%) y trisomía 13 (8%) <sup>(47)</sup>.

También los embarazos múltiples representan aproximadamente el 3% de todos los nacimientos, pero también el 10% de todas las muertes fetales; un análisis de las estadísticas estadounidenses documentó que 1.8% de los gemelos, un 2.4% de los tripletes, el 3.7% de los cuatrillizos, y el 5.6% de los fetos quintillizos sufrieron muerte fetal intrauterina <sup>(48)</sup>.

Las causas de muerte fetal en embarazos múltiples no son del todo claras se asocia aún mayor riesgo de complicaciones tales como restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), desprendimiento placentario, pre eclampsia, accidentes del cordón umbilical <sup>(49)</sup>.

Es necesario constituir la corionicidad de gestaciones múltiples porque la tasa de muerte fetal es mayor en embarazos múltiples monocoriales, lo cual se relaciona con la presencia de anastomosis vasculares profundas que caracterizan a los embarazos gemelares monocorionicos.

Así mismo la disminución de la cantidad de líquido amniótico puede ser reflejo de un ambiente intrauterino hostil para el feto, condicionado por una disminución en el filtrado glomerular, y un aumento de la resistencia de las arteriolas aferentes renales que dan como resultado oliguria fetal y por ende disminución del líquido amniótico <sup>(50)</sup>.

**Placentarias:** accidente de cordón, abrupto placentario, ruptura prematura de membranas, vasa previa <sup>(51)</sup>.

La hemorragia materna se asocia en un 3 a 14% con muerte fetal y tal evento se relaciona con el abrupto placentario y/o trauma abdominal durante el embarazo <sup>(52)</sup>.

Una proporción sustancial de muertes es atribuida a cordón umbilical “accidentes” sin embargo, hasta el 30% de los embarazos normales presentan circular a cuello o nudos de cordón umbilical y se asocian con bebés nacidos vivos, esta discrepancia sugiere que, la muerte fetal que se atribuye solo a cordón umbilical en ausencia de otras alteraciones evidentes es baja con un 2.5% <sup>(53)</sup>

En cuanto al sexo se ha encontrado que mueren más productos del sexo masculino que femenino, existe un mayor riesgo en embarazos múltiples, en edades extremas de la vida y en pacientes con antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, nivel socio-económico y escolar bajo <sup>(54)</sup>.

Por su cronología, las muertes fetales pueden dividirse de la siguiente manera: Muerte fetal temprana (antes de las 20 semanas de gestación o con peso fetal menor a 500 gramos) concepto que también se denomina aborto, muerte fetal intermedia (entre las 21 y las 27 semanas, peso entre 500 y 999 gramos) y muerte fetal tardía (por encima de las 28 semanas o con peso superior a los 1000 gramos)<sup>(55)</sup>.

### 2.2.3. Factores de riesgo

Se define riesgo como: “la probabilidad que tiene un individuo o grupos de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud” .Un factor de riesgo es la característica o atributos cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer un daño a la salud. En otras palabras, los factores de riesgo son las características que presentan una asociación significativa con un determinado daño, estas relaciones pueden ser de tipo:

a) Causal: el factor desencadena el proceso, por el ejemplo: placenta previa puede conllevar a muerte fetal por anoxia.

b) Predictiva: las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño pero están asociadas a causas subyacentes, no totalmente identificadas o mal comprendidas, por ejemplo: una mujer que ha perdido un feto o recién nacido corre mayor riesgo de perder a su siguiente hijo <sup>(56)</sup>.

Son muchos los factores que están asociados a los desenlaces adversos de la gestación, en especial, los factores socio ambientales y la enfermedad médica materna como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, en las cuales se ha encontrado una relación con hasta la mitad de los óbitos fetales <sup>(57)</sup>.

Los factores de riesgo como el número de embarazos, la raza, la edad, la obesidad, el estrato socioeconómico, el nivel educativo, el acceso a servicios de salud de calidad y las complicaciones obstétricas, hacen reformar el riesgo de una mujer de tener un óbito



fetal<sup>(58)</sup>. Algunos de estos factores son modificables y sobre ellos se debe trabajar desde las etapas previas de la concepción <sup>(59)</sup>.

### **2.3. Definición de Conceptos básicos.**

**Factores:** Elemento, presente que contribuye a lograr un resultado, se mide en presente y ausente.

**Óbito Fetal:** Denomina a la muerte **fetal** en el útero materno antes de su nacimiento. Y se medirá como SI y NO

### **2.4 .Hipótesis**

#### **2.4.1. Hipótesis General**

**H<sub>1</sub>:** Existen factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.

**H<sub>0</sub>:** No Existen factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.

### **2.5. Variables**

#### **2.5.1. Variable dependiente**

- Óbito fetal

#### **2.5.2. Variable independiente**

- Factores

## 2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>					
<b>Factores</b>	<b>Socio demográficos</b>	Edad materna <20 años y >35 años	Presente Ausente	Catagórica	De razón
		Estado civil : Soltera, unión libre	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Ocupación : ama de casa	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Escolaridad: Primaria.	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Religión Evangélica :	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
	<b>Obstétrico</b>	Gestas >3	Presente Ausente	Catagórica	De razón
		Parto >3	Presente Ausente	Catagórica	De razón
		Aborto >3	Presente Ausente	Catagórica	De razón
		Cesárea 1,2,>3	Presente Ausente	Catagórica	De razón
		Periodo intergenesico <2años	Presente Ausente	Catagórica	De razón
		Hábito de uso de tabaco	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Hábito de consumo de alcohol	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Hábito de uso de drogas	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		IMC: relación peso estatura Delgadez, sobrepeso, obesidad	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Diabetes gestacional	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Hipertensión	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Infección vías urinarias	Presente Ausente	Catagórica	Nominal
		Control prenatal < 3	Presente Ausente	Catagórica	De razón
	<b>Perinatal</b>	Edad gestacional del producto < 22 semanas	Presente Ausente	Catagórica	De razón
		Sexo masculino	Presente Ausente	Catagórica	Nominal

		Peso del producto < 1,000 g.	Presente Ausente	Categórica	De razón
		Circular de cordón a cuello	Presente Ausente	Categórica	Nominal
		Malformación fetal	Presente Ausente	Categórica	Nominal
		Desprendimiento prematuro de placenta	Presente Ausente	Categórica	Nominal
		Placenta previa	Presente Ausente	Categórica	Nominal
		Ruptura de membranas	Presente Ausente	Categórica	Nominal
		Vía de resolución de embarazo Cesárea.	Presente Ausente	Categórica	Nominal
<b>Variable dependiente</b>					
<b>Óbito Fetal</b>	única	Presente Ausente	Si no	Categórica	Nominal

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de Investigación

De acuerdo a la intervención del investigador; el estudio fue **observacional** porque no existió manipulación de las variables.

Respecto a la planificación de la medición de la variable el estudio fue de tipo **retrospectivo** ya que se investigaron los acontecimientos del pasado basándose en los datos recolectados de las historias clínicas del periodo 2016.

Según al número de mediciones de la variable de estudio fue de tipo **transversal**, la investigación se llevó a cabo en un tiempo determinado, recolección de datos, análisis y descripción de los casos encontrados en un lapso de tiempo cortó.

Y según el número de variables de interés, fue de tipo analítico, pues se estudiaron dos variables, que fueron sometidas a un análisis estadístico de tipo bivariado, donde se puso a prueba cada una las hipótesis planteadas en la investigación, que permitieron identificar en forma pertinente la asociación que existe entre los factores y el óbito fetal en las gestantes en estudio.

#### 3.1.1 Enfoque

La investigación es de enfoque cuantitativo, porque midió variables en un contexto determinado y estableció conclusiones de la realidad

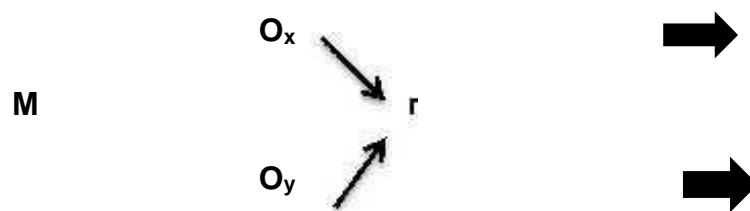
objetiva de las gestantes respecto a los factores que inducen al óbito fetal.

### 3.1.2. Alcance o nivel

El presente estudio corresponde al nivel relacional, pues su finalidad fue determinar los factores que inducen al óbito fetal; buscando establecerla presencia de asociación entre las variables estudiadas a través del análisis estadístico bivariado

### 3.1.3 Diseño del estudio

Para efecto de la investigación. Se utilizó el diseño descriptivo correlacional cuyo esquema es el siguiente:



Dónde:

**M:** Representa a la muestra en estudio

**Ox:** Representa a los datos de la variable independiente (factores )

**Oy:** Representa al Óbito fetal

**r:** Asociación

## 3.2 Población y muestra

### 3.2.1 Población

La población estuvo conformada por todas las historias de gestantes con diagnóstico de óbito fetal, de cualquier edad y que asistieron al

Hospital Regional Hermilio Valdizan durante el año 2016 que sumaron 30 de acuerdo a los registros del SIP 2000.

#### **a) Características generales de la población**

##### **Criterios de Inclusión:**

Se incluyó en el estudio a las historias de gestantes que presentaron las siguientes condiciones:

- Historias de pacientes gestantes que tuvieron óbito fetal en el periodo de estudio.
- Historias de pacientes gestantes con registros completos

##### **Criterios de exclusión:**

Se excluyeron aquellos casos que no contaban con la información necesaria registrada, para el presente estudio.

### **3.2.2 Muestra**

#### **Unidad de análisis**

Historia clínica de gestantes de cualquier edad con diagnóstico de óbito fetal atendido en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el año 2016.

#### **Unidad de muestreo**

La unidad seleccionada en la presente investigación fue igual que la unidad de análisis.

#### **Marco muestral**

Relación de Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano,

que se encuentran en la Oficina de estadística (archivo) con lo que se construyó en una hoja de cálculo en el programa EXCEL – 2013.

### **Tipo de muestreo**

Por tratarse de una población pequeña no se realizó ningún tipo de muestreo pues se trabajó con población muestral de 30 historias de gestantes.

## **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.3.1 Técnica de recolección de datos**

La técnica a ser utilizado será la documentación, que constituye la técnica de recolección de datos básica y corresponden a los estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar la información

### **3.3.2. Instrumentos de recolección de datos**

Entre los instrumentos que fueron utilizados para la recolección de datos, tenemos los siguientes:

#### **Ficha de recolección de datos de los factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano**

Se utilizó una ficha de recolección de datos que contiene los factores detallados por la literatura asociados a el diagnóstico de óbito fetal (Anexo 1), la recolección de datos se realizó directamente por el investigador sobre la base de expedientes clínicos.

Este instrumento está distribuido: en tres partes, la primera recoge el registro de factores sociodemográficos, la segunda factores obstétricos, y el tercer factor perinatal.

El valor final será Presente y Ausente.

### **3.4 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información**

#### **3.4.1 Técnicas de procesamiento de información**

Para obtener la información de la presente investigación se realizaron las coordinaciones con el Director del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, a fin de solicitar la autorización correspondiente para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, de nuestra investigación asimismo, también se solicitó permiso a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia, Jefatura de Obstetricia y la Unidad de Investigación.

Una vez aprobado el proyecto de investigación y obtenido un instrumento válido y confiable, de acuerdo al cronograma de actividades, se procedió a la recolección de datos, teniendo en cuenta el flujo grama de recolección de la información, plasmados en el plan de trabajo.

Para el procesamiento de la información se tendrá en cuenta las siguientes etapas:

- **Procesamiento de los datos.**- Los hallazgos encontrados, en primera instancia fueron procesados en forma manual a través de la elaboración de una base de datos de códigos numéricos, que posteriormente fue trasladada a una base de datos elaborada en una



hoja de cálculo del Programa Excel 2016, donde se realizaron los cálculos matemáticos respectivos de cada una de las dimensiones identificadas; y por último se realizó el procesamiento estadístico mediante el uso del programa estadístico IBM SPSS Versión 23.0 para Windows.

- **Plan de tabulación de datos.-** En base a los resultados obtenidos en el análisis respectivo, y buscando dar respuesta al problema y objetivos de investigación planteados inicialmente, los datos encontrados fueron tabulados en cuadros de frecuencias y porcentajes, para la parte descriptiva e inferencial del estudio de investigación, facilitando la observación de las variables en estudio.
- **Clasificación de los datos.-** Se ejecutó de acuerdo a las variables estudiadas en la investigación, de forma categórica, numérica y ordinal
- **Presentación de datos.-** Los datos serán presentados en tablas estadísticas proceso que permitirá realizar el análisis e interpretación respectivo de cada una de los cuadros presentadas, de acuerdo al marco teórico de los factores y óbito fetal como variables principales de estudio de la presente investigación.

### **3.4.2. Técnicas para el análisis de la información**

**Análisis descriptivo.-** Se detallan cada una de las características de las variables analizadas según grupos de estudio, y el tipo de variable que se estudió, categórica o numérica, teniendo en cuenta la utilización de las medidas de tendencia central para las variables

numéricas y las de frecuencia para las variables categóricas. Asimismo, para una mejor comprensión de los resultados obtenidos, estos son presentados en cuadros, tratando de que el estímulo visual sea simple, resaltante y de fácil comprensión.

**Análisis inferencial.-** Para demostrar los factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano y dimensiones del presente estudio, se elaboraron diversas tablas de contingencia donde se puso a prueba cada una de las hipótesis formuladas en la presente investigación; y luego se realizó un análisis estadístico de tipo bivariado , mediante la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado; considerándose en la significancia de las pruebas el valor teórico de valor  $p \leq 0,05$ ; como valor de referencia para aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en la presente investigación.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

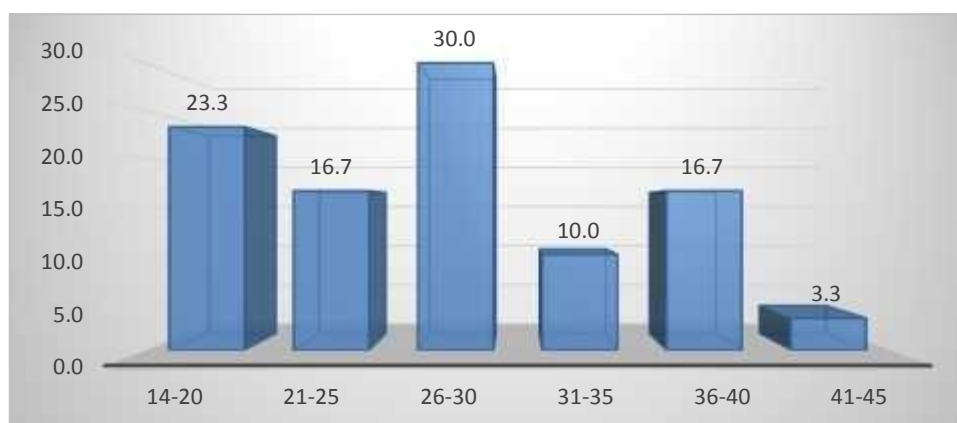
#### 4.1. Resultados Descriptivos

##### 4.1.1. Factores Demográficos

**Tabla 01. Edad en años de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016”**

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 14-20	7	23,3	23,3	23,3
21-25	5	16,7	16,7	40,0
26-30	9	30,0	30,0	70,0
31-35	3	10,0	10,0	80,0
36-40	5	16,7	16,7	96,7
41-45	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



**Gráfico N 1 : Distribución porcentual de la edad de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

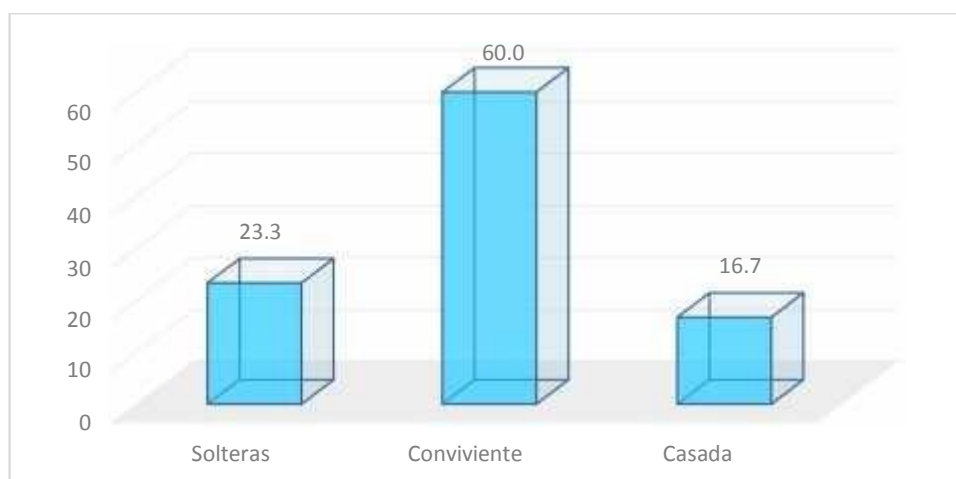
En la presente tabla y figura se describe las características de las edades de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (30,0%) presentaron edades entre 26 a 30 años, el (23,3%) fue de 14 a 20

años, el (16,7%) fueron de edades de 21 a 25 años y de 36 a 40 años respectivamente, el (10,0%) corresponde a 36 a 40 años y el (3,3%) fue de 41 a 45 años.

**Tabla 02. Estado Civil de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	7	23,3	23,3	23,3
	Conviviente	18	60,0	60,0	83,3
	Casada	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



**Gráfico N 2 : Distribución porcentual del estado civil de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe las características del estado civil de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (60,0%) presentaron estado civil conviviente, el (23,3%) refirieron ser solteras, el (16,7%) fueron casadas.

**Tabla 03. Ocupación de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016”**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	25	83,3	83,3	83,3
	Estudiante	3	10,0	10,0	93,3
	Docente	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



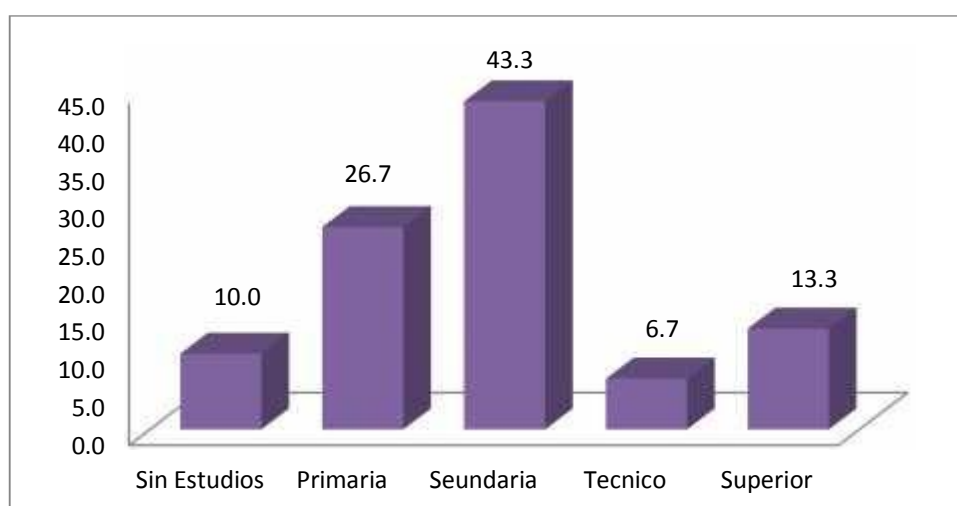
**Gráfico N 3: Distribución porcentual del estado civil de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe las características de la ocupación que presentan las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (83,3%) fueron amas de casa, el (10,0%) refirieron ser estudiantes y el (6,7%) registraron ser docentes.

**Tabla 04. Grado de Escolaridad de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016”**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin Estudios	3	10,0	10,0	10,0
Primaria	8	26,7	26,7	26,7
Secundaria	13	43,3	43,3	43,3
Técnico	2	6,7	6,7	6,7
Superior	4	13,3	13,3	13,3
Total	30	100,0	100	100

Fuente : Anexo 1



**Gráfico N 4 : Distribución porcentual del grado de escolaridad de gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

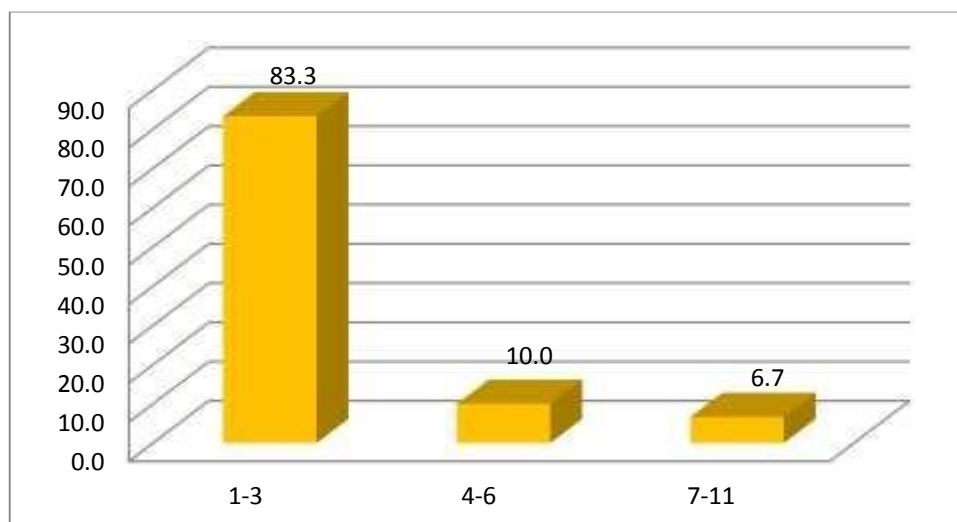
En la presente tabla y figura se describe las características del grado de escolaridad que presentan las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (43,3%) presentaron secundaria, el (26,7%) primaria, el (13,3 %) educación superior , el (10,0%) sin estudios y el (6,7%) registraron estudios técnicos.

#### 4.1.2. Factores Obstétricos

**Tabla 05. Número de gestaciones registradas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016”**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1-3	25	83,3	83,3	83,3
4-6	3	10,0	10,0	93,3
7-11	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



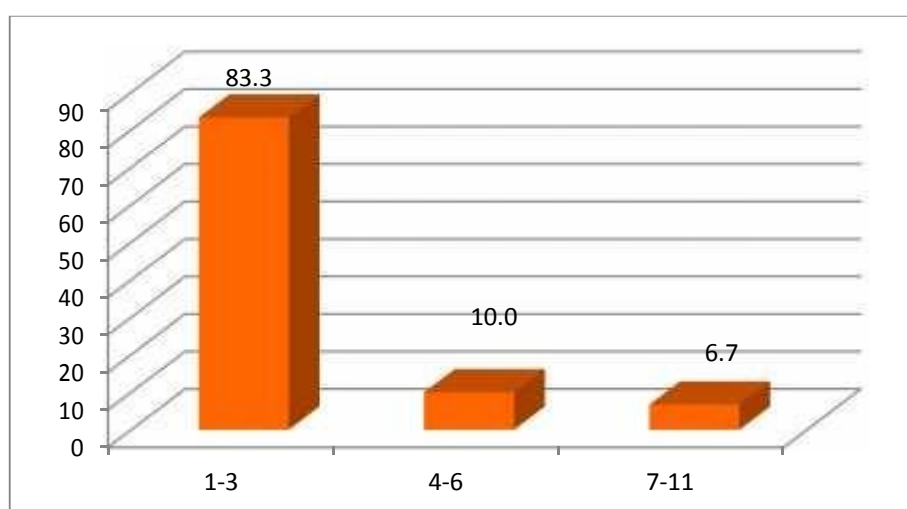
**Gráfico Nº 5: Distribución porcentual del número de gestas presentadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el número de gestaciones que presentan las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (83,3%) tuvieron de 1 a 3 gestaciones, el (10,0%) refirieron de 4 a 6 gestaciones y el (6,7%) de 7 a 11 gestaciones.

**Tabla 06. Número de partos registrados en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1-3	25	83,3	83,3	83,3
	4-6	3	10,0	10,0	93,3
	7-11	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



**Gráfico Nº 6: Distribución porcentual del número de partos presentados por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

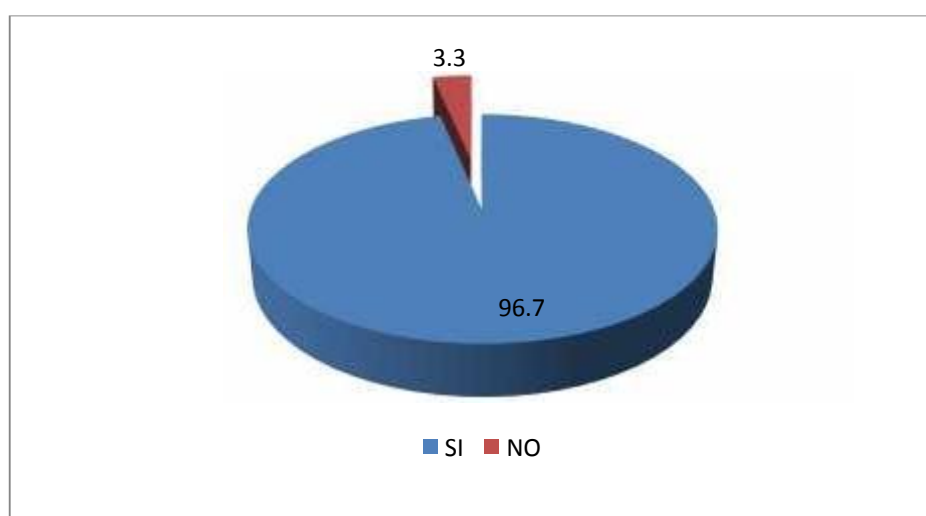
En la presente tabla y figura se describe el número de partos que presentan las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (83,3%) tuvieron de 1 a 3 partos, el (10,0%) refirieron de 4 a 6 partos y el (6,7%) de 7 a 11 partos.



**Tabla 07. Presencia de abortos registrados en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	29	96,7	96,7	96,7
	NO	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



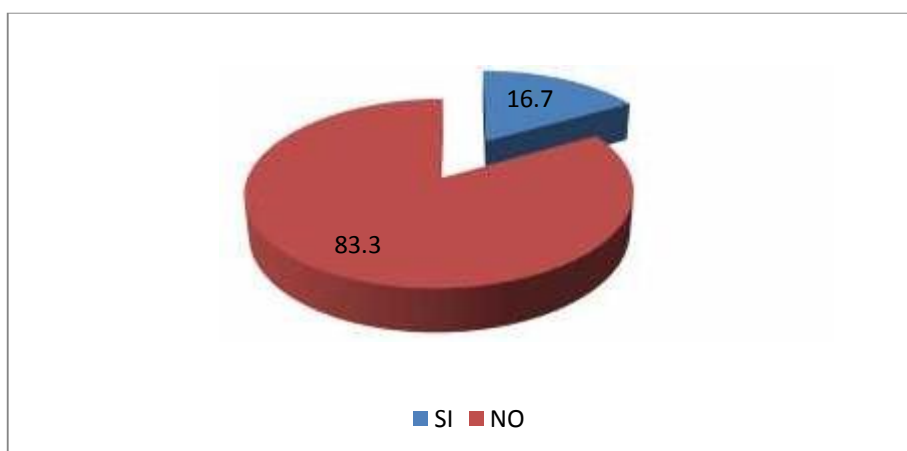
**Gráfico N° 7: Distribución porcentual de abortos presentadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe la presencia de abortos que presentaron las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (96,7%) presentaron aborto y el (3,3%) no presentaron abortos como antecedente.

**Tabla 08. Presencia de Cesáreas registradas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	25	83,3	83,3	83,3
SI	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



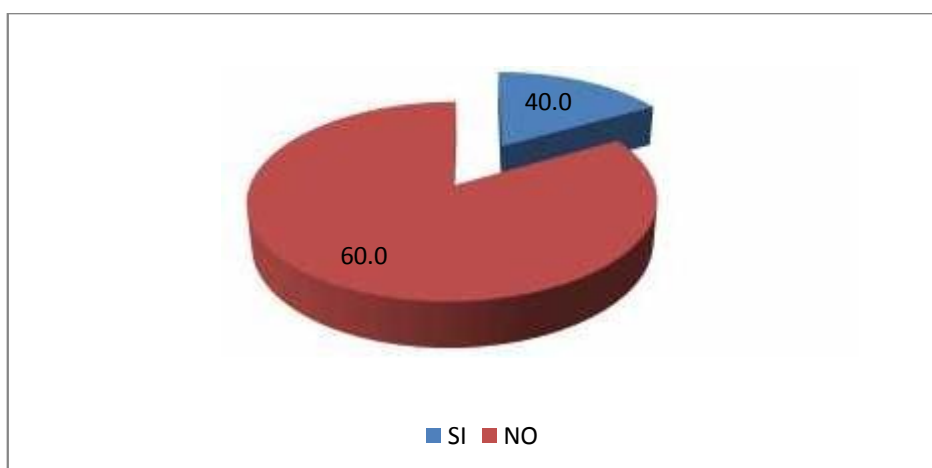
**Gráfico Nº 8: Distribución porcentual de cesáreas presentadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe la presencia de cesáreas que presentaron las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (83,3%) no presentaron cesáreas y el (16,7%) no presentaron cesáreas como antecedente.

**Tabla 09. Periodo intergenesico registradas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido < de 2 años	18	60,0	60,0	60,0
> de 2 años	12	40,0	40,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



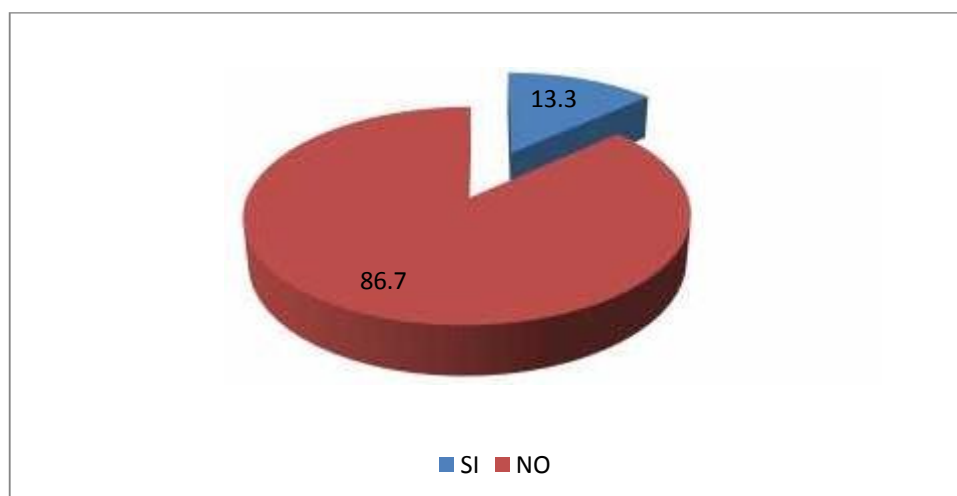
**Gráfico Nº 9: Distribución porcentual del periodo intergenesico presentadas por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el periodo intergenesico que presentaron las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (60,0%) presentaron un espacio intergenesico < de 2 años y el (40,0%) un espacio intergenesico > de 2 años como antecedente.

**Tabla 10. Tabaquismo registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	13,3	13,3	13,3
	NO	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



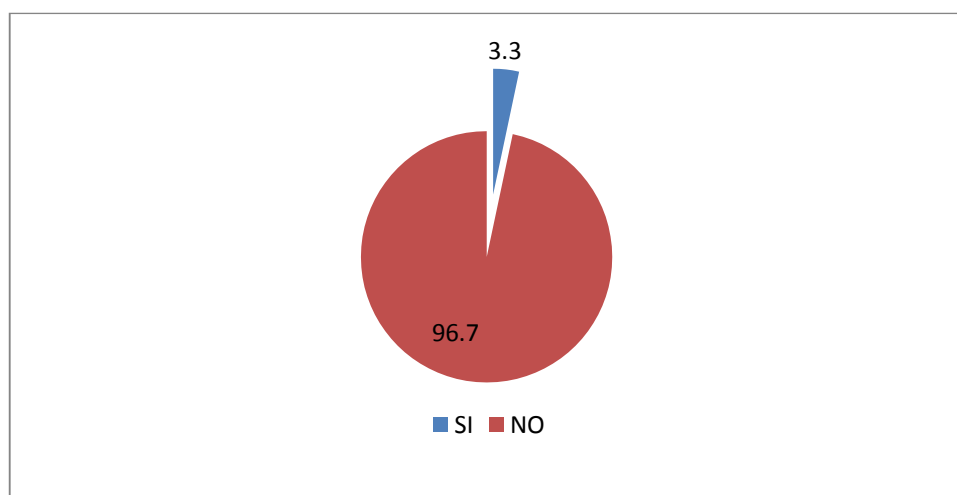
**Gráfico N° 10: Distribución porcentual de tabaquismo registrado por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el tabaquismo registrado por las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (86,7%) no presentaron tabaquismo y el (13,3%) si presento como antecedente..

**Tabla 11. Alcoholismo registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	29	96.7	96.7	96.7
SI	1	3.3	3.3	3.3

Fuente : Anexo 1



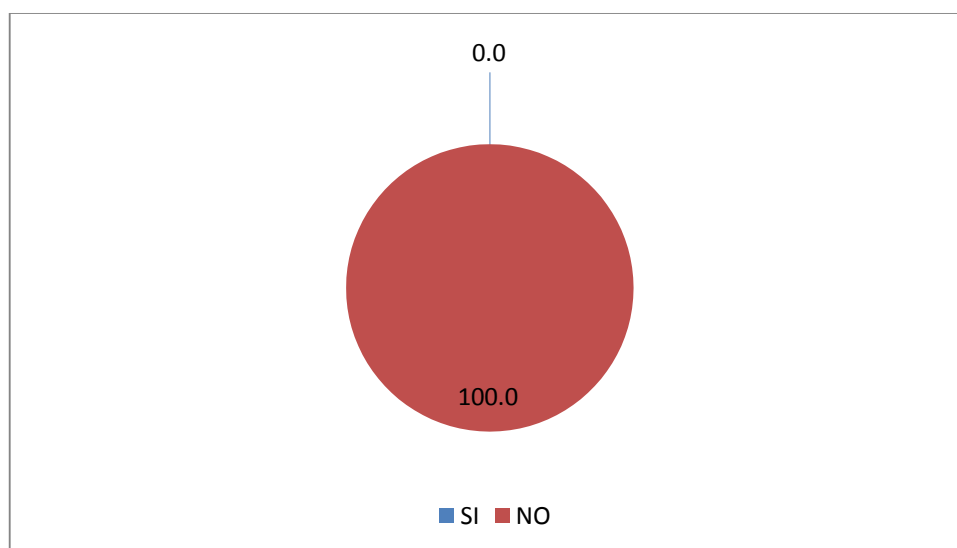
**Gráfico Nº 11: Distribución porcentual del alcoholismo registrado por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el alcoholismo registrado por las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (96.7%) no presentaron alcoholismo y el (3,3%) si presento como antecedente..

**Tabla 12. Drogas registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	30	100.0	100.0	100.0
SI	0	0.0	0.0	0.0

Fuente : Anexo 1



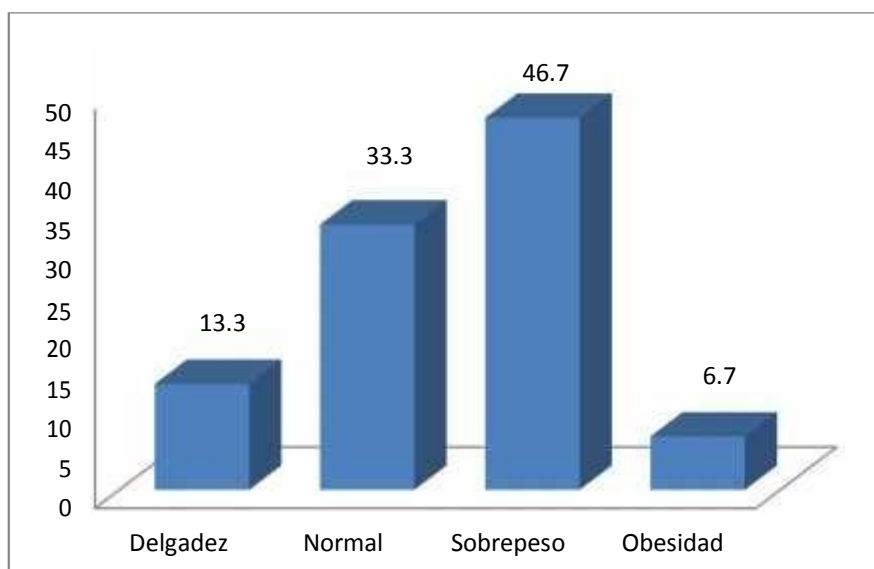
**Gráfico Nº 12: Distribución porcentual de drogas registrado por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el consumo de drogas registrado por las gestantes en estudio, en donde se evidencia que gran parte de ellas (100,0%) no registra consumo como antecedente.

**Tabla 13. Estado Nutricional registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Delgadez	4	13,3	13,3	13,3
Normal	10	33,3	33,3	33,3
Sobrepeso	14	46,7	46,7	46,7
Obesidad	2	6,7	6,7	6,7
Total	30	100,0	100,0	100,0

Fuente : Anexo 1



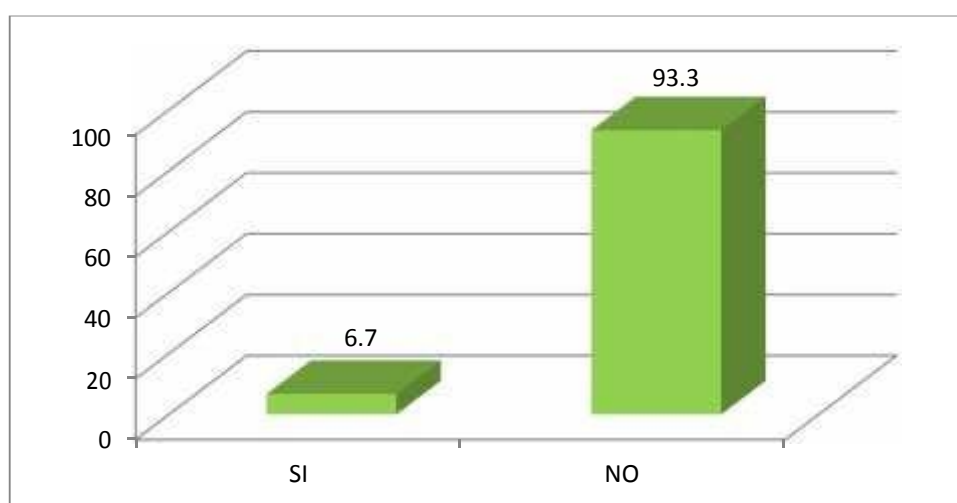
**Gráfico Nº 13: Distribución porcentual del Estado Nutricional registrado por las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el estado nutricional registrado por las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (46,7%) presentaron sobrepeso, el (33,3%) fueron normales, el (13,3%) tuvieron delgadez y el (6,7 %) presentaron obesidad.

**Tabla 14. Diabetes gestacional registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	6,7	6,7	6,7
	NO	28	93,3	93,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



**Gráfico N° 14: Distribución porcentual de Presencia de Diabetes gestacional registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

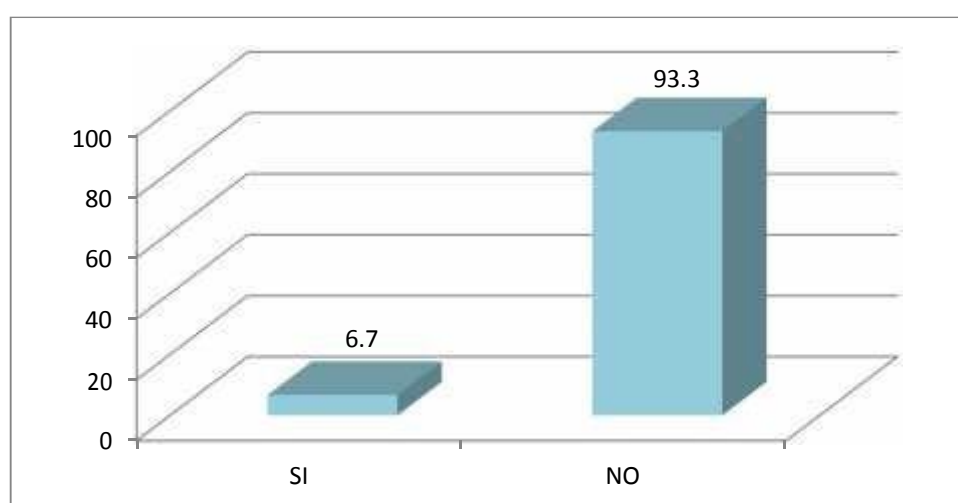
En la presente tabla y figura se describe la presencia de diabetes gestacional registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (93,3%) no presentaron diabetes y el (6,7%) si presentaron diabetes como antecedente..



**Tabla 15. Hipertensión registrada en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SI	2	6,7	6,7	6,7
NO	28	93,3	93,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



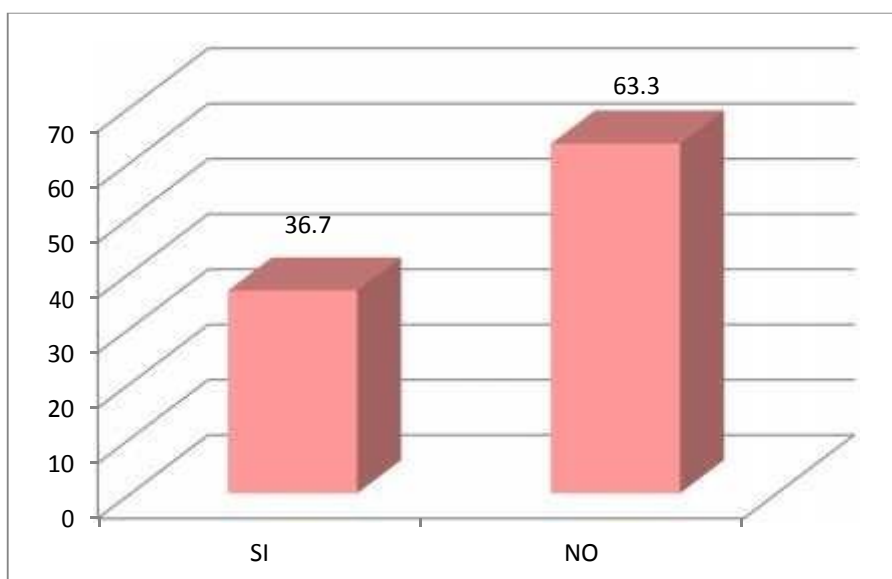
**Gráfico Nº 15: Distribución porcentual de Hipertensión registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe la presencia de Hipertensión registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (93,3%) no presentaron Hipertensión y el (6,7%) si presentaron Hipertensión como antecedente..

**Tabla 16. Infección urinaria registrada en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	11	36,7	36,7	36,7
	NO	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



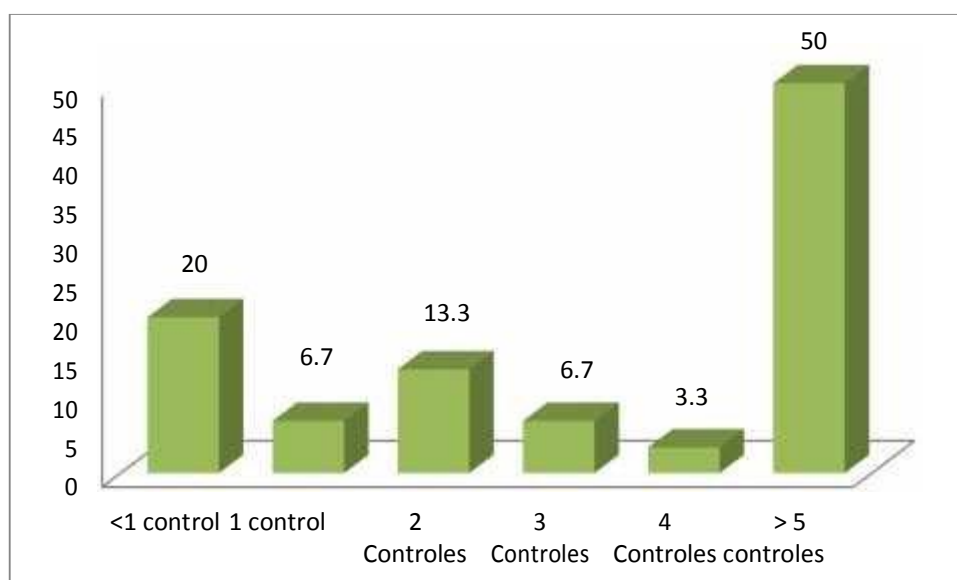
**Gráfico Nº 16: Distribución porcentual de Infección urinaria registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe la presencia de Infección urinaria registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (63,3%) no presentaron infección urinaria y el (36,7%) si presentaron infección urinaria como antecedente..

**Tabla 17. Atención prenatal registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<1 control	6	20,0	20,0	20,0
1 control	2	6,7	6,7	6,7
2 Controles	4	13,3	13,3	13,3
3 Controles	2	6,7	6,7	6,7
4 Controles	1	3,3	3,3	3,3
> 5 controles	15	50,0	50,0	50,0
Total	30	100,0	100,0	100,0

Fuente : Anexo 1



**Gráfico Nº 17: Distribución porcentual de los controles pre natal registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe los controles prenatales registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (50,0%) tuvieron mayor a 5 controles, el (20,0%) defirieron controles menores de 1, el (13,3%) presento 2 controles, el (6,3%) presento 1 y 3 controles respectivamente y el (3,3%) presento 4 controles.

#### 4.1.3 Factores Perinatales

**Tabla 18. Edad gestacional del producto registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pre termino	17	56.7	56.7	56.7
Termino	11	36.7	36.7	36.7
Pos termino	2	6.7	6.7	6.7
Total	30	100.0	100.0	100.0

Fuente : Anexo 1



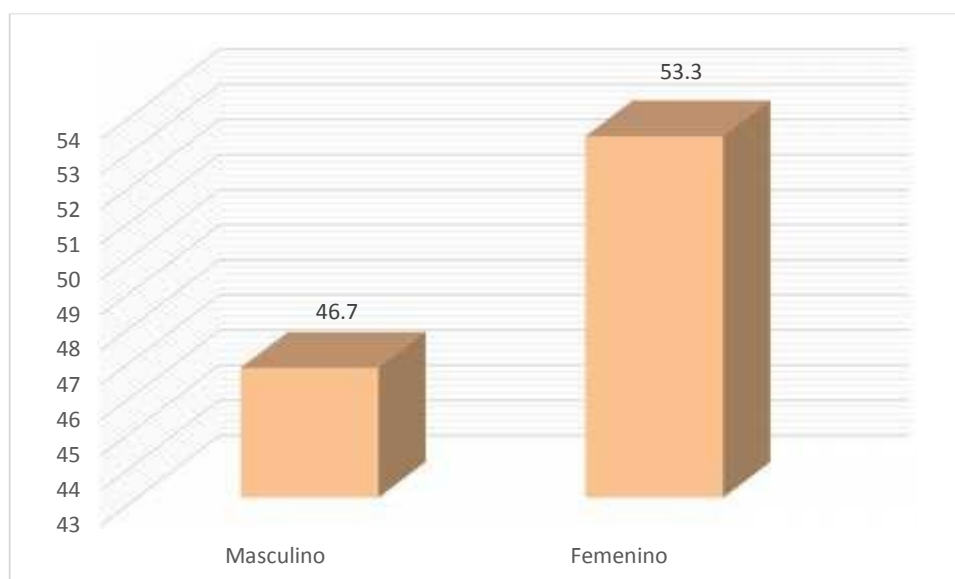
**Gráfico Nº 18: Distribución porcentual de la Edad gestacional registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe la edad gestacional registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que en el (56,7%) el producto fue a pre término, el (36,7%) fue a término y el (6,7%) fue post término.

**Tabla 19. Sexo del producto registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	14	46,7	46,7	46,7
	FEMENINO	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



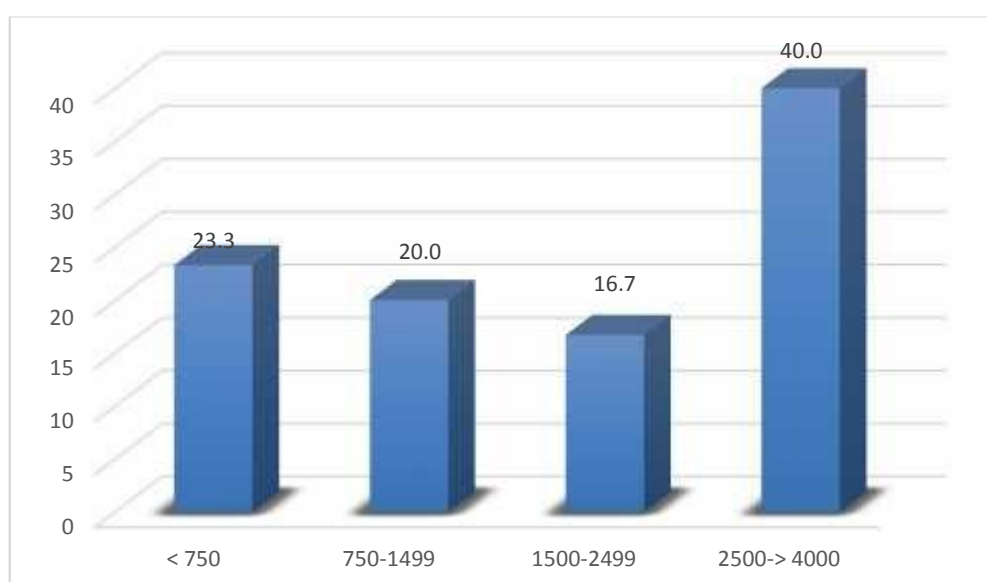
**Gráfico Nº 19: Distribución porcentual de la Edad gestacional registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el sexo del producto registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que en el (53,3%) fueron de sexo femenino y el (46,7%) fueron de género masculino.

**Tabla 20. Peso del producto registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
< 750	7	23.3	23.3	23.3
750-1499	6	20.0	20.0	20,0
1500-2499	5	16.7	16.7	16.7
2500-> 4000	12	40.0	40.0	40
Total	30	100.0	100.0	100.0

Fuente : Anexo 1



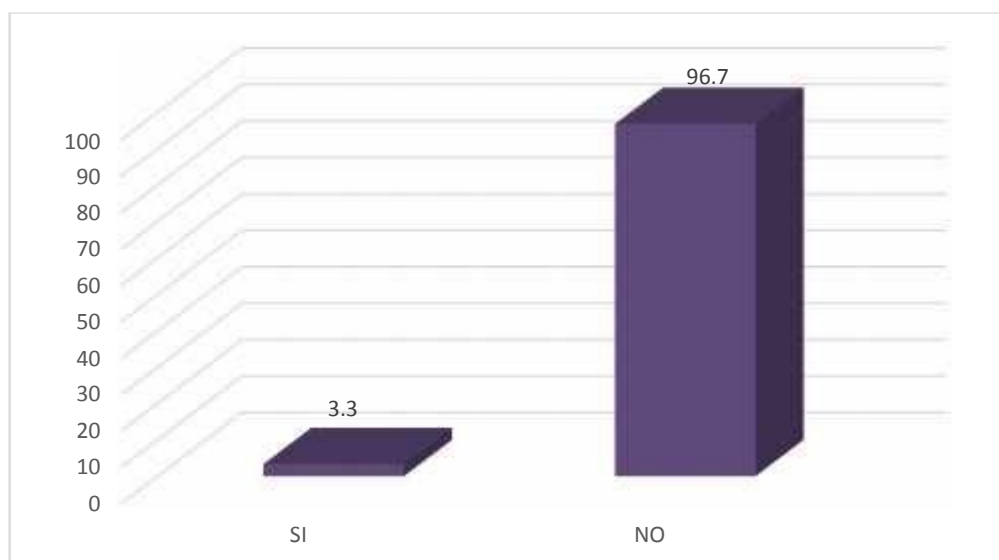
**Gráfico N° 20: Distribución porcentual del peso del producto registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el peso del producto registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (40,0%) presento peso de 2500-> 4000, el (23,3%) fue < 750, el (20.0%) de 750-1499 y el (16,7%) de 1,500 a 2,499..

**Tabla 21. Circular del cordón registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	3,3	3,3	3,3
	NO	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



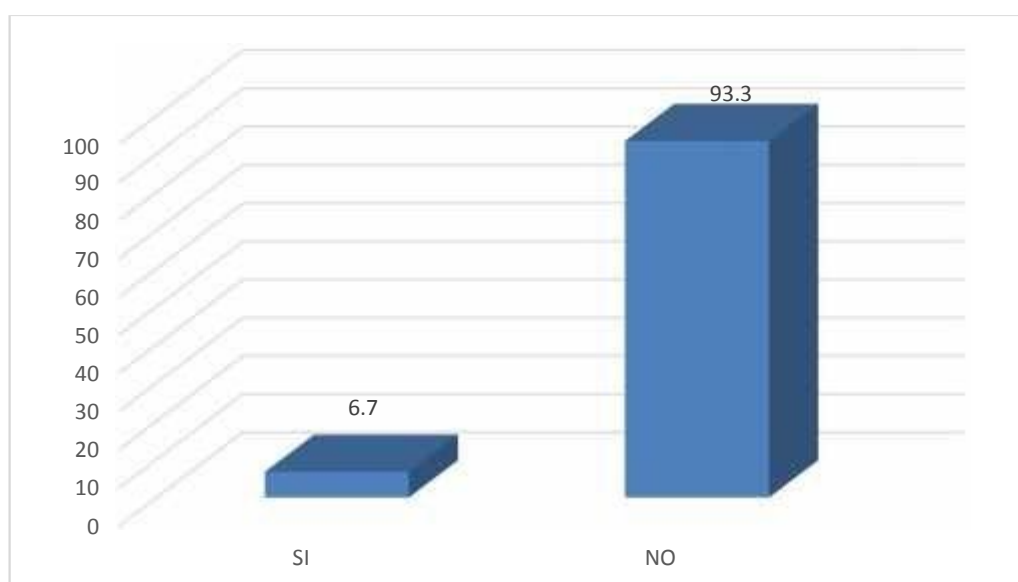
**Gráfico Nº 21: Distribución porcentual del circular de cordón registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el circular del cordón registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que en el (96,7%) no presento circular del cordón y el (3,3%) si presentaron circular de cordón.

**Tabla 22. Malformación fetal registrada en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	6,7	6,7	6,7
	NO	28	93,3	93,3	93,3
	Total	30	100,0	100,0	100,0

Fuente : Anexo 1



**Gráfico Nº 22: Distribución porcentual de malformación fetal registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

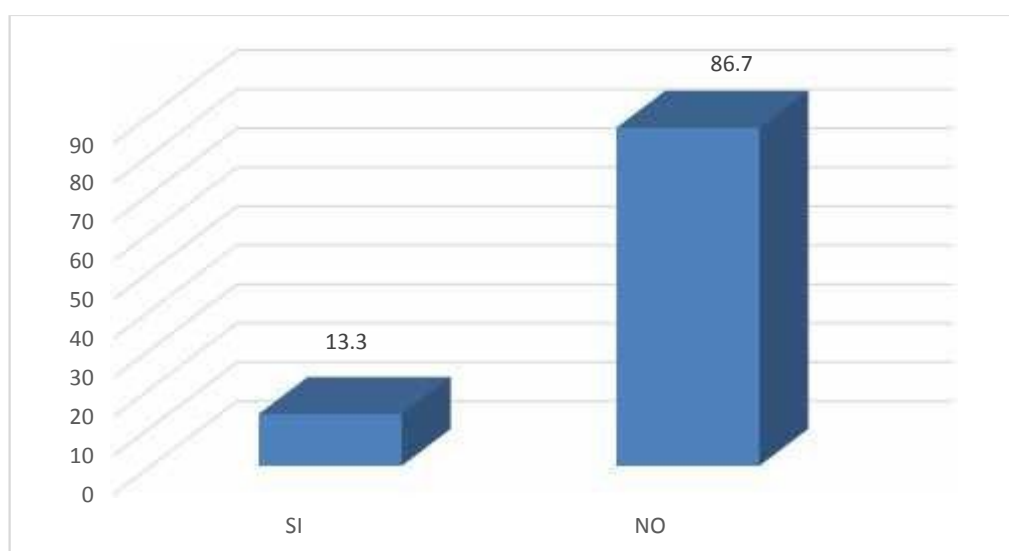
En la presente tabla y figura se describe la malformación fetal registrada en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que en el (93,3%) no presento malformación fetal y el (6,7%) si presentaron malformación fetal como antecedente



**Tabla 23. Desprendimiento prematuro de placenta registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	13,3	13,3	13,3
	NO	26	86,7	86,7	86,7
	Total	30	100,0	100,0	100,0

Fuente : Anexo 1



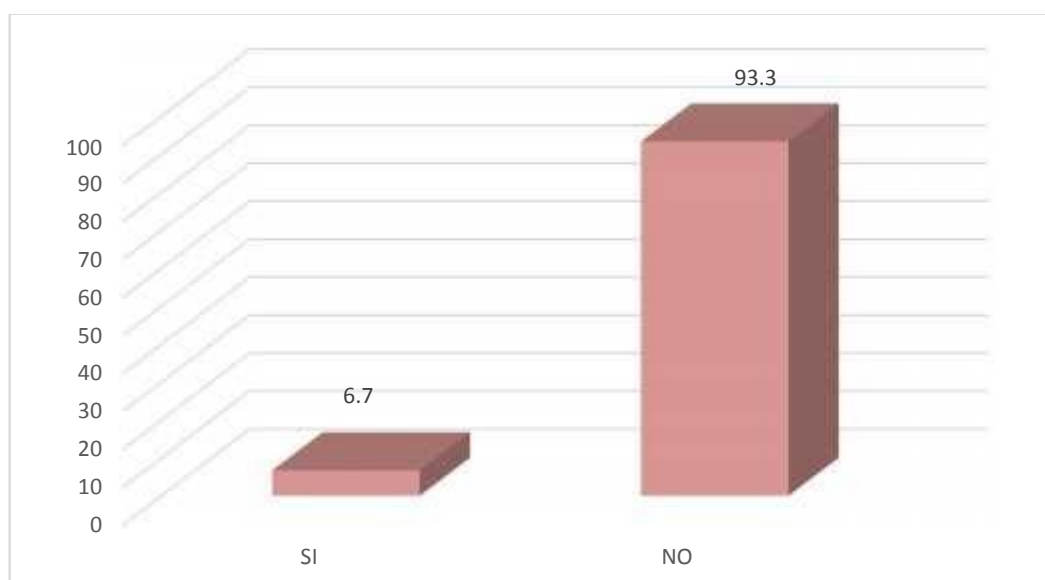
**Gráfico Nº 23: Distribución porcentual de desprendimiento prematuro registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe el desprendimiento prematuro registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que en el (86,7%) no presento desprendimiento prematuro y el (13,3%) si presentaron desprendimiento prematuro como antecedente

**Tabla 24. Placenta previa registrada en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	6,7	6,7	6,7
	NO	28	93.3	93.3	93.3
	Total	30	100,0	100,0	100,0

Fuente : Anexo 1



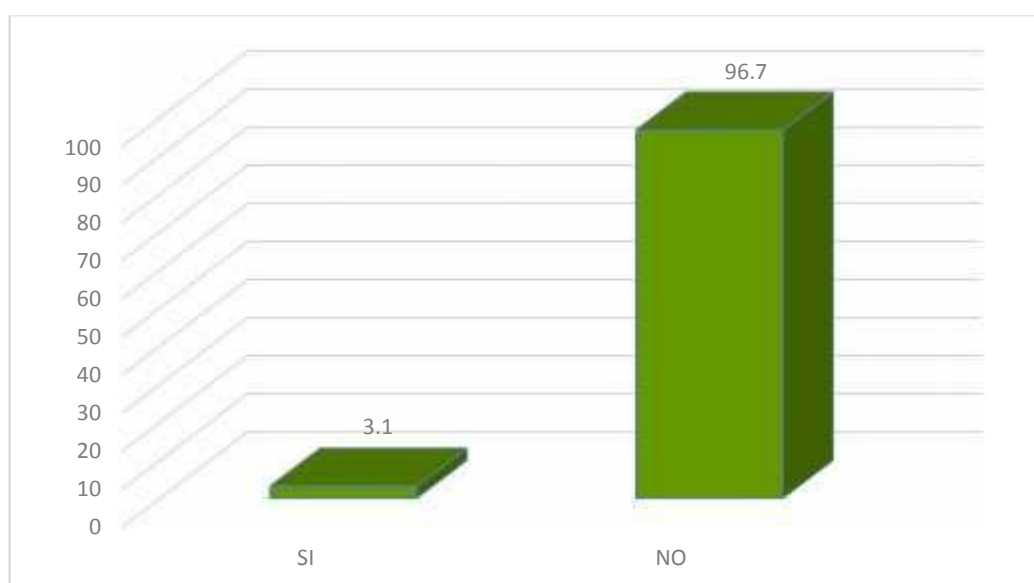
**Gráfico N° 24: Distribución placenta previa registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe la placenta previa registrada en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (93,3%) no presento placenta previa y el (6,7%) si presentaron placenta previa como antecedente

**Tabla 25. Ruptura de membrana registrada en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	1	3,1	3,1	3,1
	NO	29	96,7	96,7	96,7
	Total	30	100,0	100,0	100,0

Fuente : Anexo 1



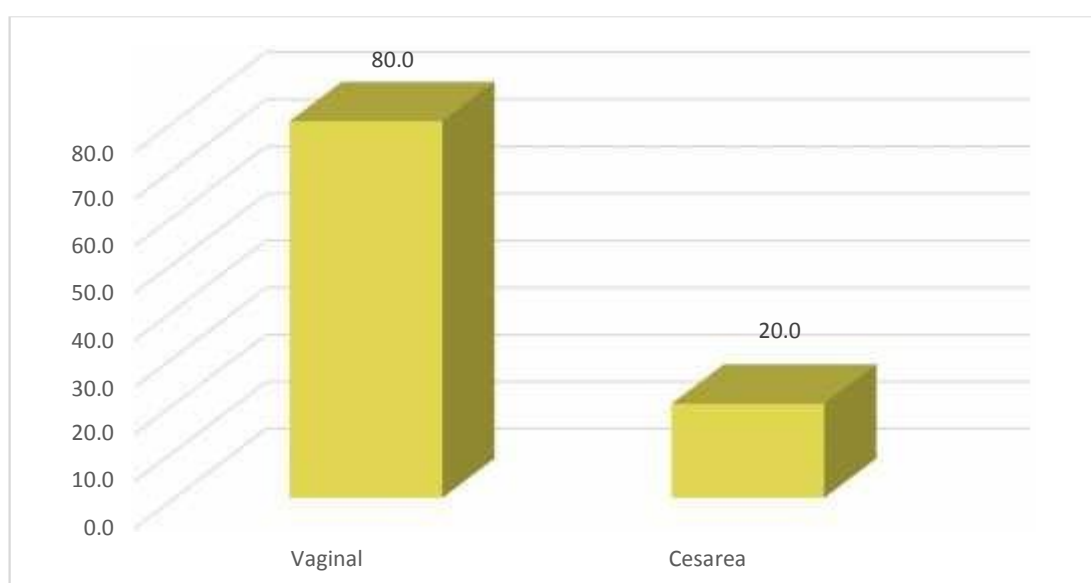
**Gráfico Nº 25: Distribución Ruptura de membrana registrado en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe la ruptura de membrana registrado en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (96,7%) no presentó Ruptura de membrana y el (3,1%) si presentaron ruptura de membrana como antecedente

**Tabla 26. Vía de resolución de embarazo registrado en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vaginal	24	80,0	80,0	80,0
	Cesarea	6	20,0	20,0	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Fuente : Anexo 1



**Gráfico N° 25: Vía de resolución del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.**

En la presente tabla y figura se describe la vía de resolución del embarazo en las historias clínicas de las gestantes en estudio, en donde se evidencia que el (80,0%) fue vaginal y el (20,0%) fue Cesarea.

## 4.2. Resultados Inferenciales

**Tabla 27. Análisis de la distribución de factores que inducen al Óbito fetal mediante la prueba Chi Cuadrado sobre los factores que inducen al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016”**

FACTORES	Casos	CHI2	OR	IC
Socio demograficos	30	0,0000	17,1	14,02-20,9
Obstetricos	30	0,0001	7,21	5,99-8,68
Perinatales	30	0,0002	6,75	3,52- 12,95

Fuente : Estadística del sistema informático perinatal Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano 2016

La presente tabla muestra los factores que inducen al óbito fetal. Luego de recopilada la información, sometidas a la prueba no paramétrica Chi cuadrado, las variables mostraron una relación de dependencia significativa entre estas dos variables ( $p = 0,000$ ). Las variables que están asociadas de manera significativa y cuyos resultados del estadístico resultaron significativos, en orden de riesgo, fueron los siguientes: factores sociodemográficos: 17,1 (ic:14,02-20,9), obstétricos: 7,21 (ic: 5,99-8,68), y perinatales: 6,75 (ic: 3,52-12,95), por lo que se acepta la Hipótesis alterna en donde se asevera que existen factores que inducen al óbito fetal en el Hospital Regional Hermilio Valdizan 2016.

## CAPÍTULO V

### DISCUSION DE RESULTADOS

#### 5.1. Contrastación de los resultados

El presente estudio identifica algunos de los factores que se encontraron que induce al óbito fetal en la población en estudio.

A pesar de los grandes esfuerzos por reducir la muerte fetal, estos no han tenido el mismo impacto que en la muerte materna. Si bien es cierto que las tasas de mortalidad materna han reducido, no ha ocurrido lo mismo con las tasas de muerte fetal, por lo que en el país, como en la mayoría de los países latinoamericanos, la etapa fetal presenta mayor riesgo de muerte <sup>(60)</sup>.

La información contenida en la base de datos del sistema informático perinatal del Hospital Regional Hermilio Valdizan ha permitido, a través de un enfoque epidemiológico, tener un diagnóstico de lo que viene sucediendo en el Departamento de Huánuco. Considerando que casi el 100 % de las muertes fetales que ocurrieron en algún centro materno de esa zona, o en la periferie, se resuelven en este hospital; por lo tanto, son registrados en este nosocomio <sup>(61)</sup>

La escolaridad de analfabeta, primaria completa o incompleta es un factor de riesgo de óbito fetal porque son pacientes con menor capacidad de comprensión de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, en comparación con las mujeres que tienen una escolaridad de secundaria completa, incompleta, universitaria y profesional, las pacientes con menor escolaridad tienen menor apego al tratamiento y orientaciones médicas, tienen un conocimiento empírico que adquieren únicamente en su casa y comunidad generalmente a base de mitos y llenos de tabúes sobre el

embarazo y la maternidad, todo esto contribuye al rechazo de las pacientes a las indicaciones médicas y conllevan a la práctica de actividades que ponen en riesgo el bienestar materno y fetal.<sup>(62)</sup>

El Retardo del crecimiento intrauterino representa un factor de riesgo porque el producto de la gestación es demasiado pequeño y todavía no se han desarrollado todos sus órganos de forma adecuada tanto en estructura como en función, exhiben mayor frecuencia de asfixia durante el trabajo de parto, además son causas de parto prematuro elevando la tasa de mortalidad perinatal por componente fetal. También se asocian a interferencias en el flujo o aporte sanguíneo materno fetal, Se asocia a un déficit de transferencias de sustancias como glucosa y aminoácidos, todas estas alteraciones de la circulación materna fetal se asocian a la aparición de Pre- eclampsia que desencadena sufrimiento fetal agudo.<sup>(63)</sup>

El sufrimiento fetal agudo constituye un factor de riesgo de óbito fetal independiente de su causa porque lleva a una alteración de la hemostasia fetal con disminución del flujo sanguíneo al feto. Se produce hipercapnia fetal y acidosis gaseosa, también hay hipoxia fetal; la acidosis interfiere en el funcionamiento de las enzimas lo que, junto con el agotamiento de las reservas de glucógeno y la hipoxia producen alteraciones celulares irreversibles, el agotamiento del glucógeno que es precoz y grave a nivel cardíaco se asocia a modificaciones del metabolismo de potasio por alteraciones del funcionamiento enzimático y la hipoxia produciendo falla miocárdica y como resultado la muerte fetal.<sup>(64)</sup>

Referente a la edad gestacional, en los menores de treinta y cinco semanas y mayores de cuarenta semanas de gestación, se observa mayor

riego de óbito fetal porque se asocian a inmadurez fetal y sufrimiento fetal agudo respectivamente. Estos fetos presentan con mayor frecuencia asfixia, así como la hemorragia interventricular, hemorragia pulmonar, la neumonía intraútero e hipoglicemia fetal.<sup>(65)</sup>



## **CONCLUSIONES.**

1.- De los factores socio demográficos de las pacientes en estudio se encontró que la mayoría de las pacientes tenían entre 26 a 30 años el estado civil fue de conviviente, la ocupación predominante fue ama de casa, la escolaridad predominante fue secundaria.

2.- En los factores obstétricos el mayor número de gestaciones fue de 1 a 3, existe un predominio de antecedentes de aborto, periódico intergenesico menor de 2 años, el estado nutricional de mayor predominio fue sobrepeso.

3.- En los factores perinatales la edad gestacional del producto a pretermino tuvo mayor predominio, Los resultados de este estudio demuestran que la restricción de crecimiento intrauterino es un factor independiente el cual confiere un riesgo elevado para presentar óbito fetal, y de la misma manera la asistencia adecuada a control prenatal es un factor independiente que reduce en un 69% el riesgo de óbito fetal. El presente estudio es pionero en esta región del país, y aporta información útil para la toma de decisiones y alerta al sistema de salud pública para llevar a cabo medidas que busquen incrementar la cobertura en salud y facilitar el acceso de la población a un adecuado control antenatal principalmente en gestantes de riesgo. Además invita a llevar a cabo estudios de carácter prospectivo los cuales permitan identificar otros factores asociados con la muerte fetal intrauterina.

## RECOMENDACIONES

- Implementar sistema de registro y control computarizado donde podamos observar los movimientos que ocurren en relación a las pacientes tales como: características sociodemográficas, citas, ausencias, procedimientos y tratamientos, etc.
- Organizar grupos de apoyo y orientación a las embarazadas y mujeres en edad reproductiva, con enfoque hacia los principales factores que influyen en la muerte fetal.
- Promover la asistencia regular y periódica a las atenciones prenatales, a través de la creación de una vía de comunicación entre estas y la consulta prenatal.
- Indicar suplemento de hierro con ácido fólico después de las 16 semanas.
- Implementar cardiografía para hacer la prueba de bienestar fetal, según el caso.
- Brindar conferencias al personal de salud encargado de la atención prenatal, sobre los principales factores modificables durante el embarazo para disminuir el riesgo de óbito fetal.
- El profesional de Obstetricia debe identificar y diagnosticar de forma precoz y eficaz los factores que conlleven al óbito fetal con el objetivo de mejorar la salud materna fetal.
- La Universidad de Huánuco específicamente la Escuela de Obstetricia, debe realizar estudios de investigación a partir de los

resultados de la presente investigación, con la finalidad de profundizar los factores maternos que con llevan al óbito fetal.

- Realizar un estudio de intervención para disminuir el riesgo materno, que incide sobre el óbito fetal, mejorar de manera integral las condiciones de la madre gestante, a través de visitas domiciliarias que permitan conocer el entorno socioeconómico en el cual ellas viven.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Froen JF, Cacciatore J, McClure EM, Kuti O, Hakeem A, Islam M, Shiffman J, Muerte fetal intrauterina: su importancia para el Comité Directivo de la serie sobre muerte fetal intrauterina de The Lancet 2011 P. 39-53
- 2.- Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I, Gardosi J, Day LT, Stanton C. Muerte fetal intrauterina: ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cómo lograr que se tengan en cuenta de los datos? para el Comité Directivo de la serie sobre muerte fetal intrauterina de The Lancet 2011 P.55 a 71
- 3.- Rangel Calvillo MN. Análisis de muerte fetal tardía. Perinatol Reprod Hum [revista en Internet]. 2014 [citado 21 Mar 2015];28(3):[aprox. 18p]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372014000300004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372014000300004&script=sci_arttext&tlng=en)
- 4.- Bracken MB. Perinatal Epidemiologia. New York: Oxford University Press; 1984
- 5.- Pérez O, Saba T, Padrón MA, Molina R. Diabetes mellitus gestacional. Rev Venez Endocrinol Metab [revista en Internet]. 2012 [citado 18 May 2018];10.
- 6.- Álvarez V, Muñiz M, Rodríguez A, Vasallo N. Análisis de la mortalidad fetal tardía. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2000 [citado 18 May 2015];26(1):[aprox. 7p]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2000000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000100006)
- 7.- Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2014. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2014
- 8.- Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014
- 9.-Bracken MB. Perinatal Epidemiological. New York: Oxford University Press; 1984
- 10.- Cnattingius S, Haglund B, Kramer MS. Diferencias en las tasas de mortalidad fetal tardía en asociación con determinantes de fetos pequeños para la edad gestacional: estudio de cohortes basado en la población. BMJ 1998; 316: 1483-7.
- 11.- Cnattingius S, Larsson E, Weiner E. Uterino-arterial cambia con la edad y el tabaquismo. Int J Feto-Maternal Med 1990; 3: 15-8.

- 12.- Bracken MB. Perinatal Epidemiology. New York: Oxford University Press; 1984
- 13.- Joy E, Kinney M. Muerte fetal intrauterina. The Lancet; 2011.
- 14.- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud 2011. Lima, Perú; 2012.
- 15.- Woods R. Tendencias a largo plazo en la mortalidad fetal: implicaciones para los países en desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2008; 86 (6): 460-6.
- 16.-Goldenberg RL, McClure EM, Bhutta ZA, Belizan JM, Reddy UM, Rubens CE, y col. Deadbirths: la visión para 2020. Lancet. 2011; 377 (9779): 1798-805.
- 17.- Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, Cousens S, Kumar R, Ibiebele I.
- 18.- Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, Mori R, Ganchimeg T, Vogel JP, et al. Resultados avanzados de la edad materna y el embarazo: una evaluación de varios países. BJOG: una revista internacional de obstetricia y ginecología. 2014; 121 Suppl 1: 49-56. Epub 2014/03/20.
- 19.- Carreño Vera C, Factores asociados con la aparición de óbito fetal en gestantes de la Clínica Maternidad Rafael Calvo en el período comprendido entre los años 2012 a 2014. Tesis pos grado- Universidad de Cartagena 2014.
20. Saulo G, Armicson F, Montero Rosa, Parra JL, Arias E, Acuña- Caracterización de las muertes fetales y factores asociados en una institución latinoamericana de IV nivel de atención- Revi Ginecol Obstet Mex 2014;82:595-603. Volumen 82, Núm. 9, septiembre, 2014
- 21.- Martínez A- Factores clínicos maternos y hallazgos anatomopatológicos de los óbitos fetales de gestantes ingresadas al departamento de obstetricia del hospital central de maracay en el periodo enero a octubre del año 2014- Universidad de Carabobo facultad de ciencias de la salud - Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.
- 22.-Linares-Moreno, J, Madariaga-Alvarez, R, Poulsen, R. Muerte fetal in utero, etiología y factores asociados en el hospital regional de antofagasta, Chile. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana [Internet]. 2006;11(2):89-93. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71711210>
- 23.- Fustamante CF- Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque. Facultad de medicina humana universidad de san Martin de Porras. Título profesional para Medico Obstetra.

24.- Chávez W, Saldaña, Oña J, Valdivieso A -Muerte fetal intraútero: factores de riesgo.Hospital de Apoyo III - Sullana. Rev. **Ginecología y Obstetricia** - Vol. 42 N°3 Diciembre 1996.

25.- Mauricio Y, DS - Factores de riesgo en muerte fetal intraútero en el hospital de apoyo María Auxiliadora: 2005-2010- Universidad Winer –Tesis para optar el título de Obstetra. 2012.

26.- Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Factores de riesgo maternos y fetales para la muerte fetal: estudio basado en la población. *British Medical Journal* 2013; 346: f108

27. Ibid, pag. 36

28. Molina S, Alfonso D. Muerte fetal anteparto: ¿es una condición prevenible?. *Univ. Méd Bogotá* (Colombia), 51 (1): 59-73, enero-marzo 2010.

27. Ibid, pag. 60

29. Espinal J, Madrid J, Cruz K. Muerte fetal. *Revista Médica Hondureña* vol 63 N° 3, 1995.

30. Op.cit ,Molina S, Alfonso D.pag 64

31. Espinal J, Madrid J, Cruz K

32.Op.cit ,Molina S, Alfonso D.pag 64

33. Op.cit ,Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A.pag.56

34. Huertas T. Epidemiología de las muertes fetales ocurridas en el Instituto especializado materno perinatal, 2003 *Rev Per Ginecol Obstet.* 2007; 53:199-202

35. Op.cit ,Molina S, Alfonso D.pag 68

36. Voggelmann R.A, Sánchez J, Santori M, Speciale D. Muerte fetal intrauterina *Revista de postgrado de la Vla Cátedra de Medicina*, no 188 Diciembre 2008.

37. Op.cit ,Molina S, Alfonso D.pag 69

38.Ibid, pag.70.

39. Op.cit,Espinal J, Madrid J, Cruz K.pag.32

40. Voggelmann R.A, Sánchez J, Santori M

41. Silver R.M, Varner M, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D, Bukowski R, Carpenter M, Hogue C, Willinger M, Dudley D, Saade G, Stoll B. Wor-up of stillbirth: de muerte fetal: una revisión de la evidencia . Am J Obstet Gynecol. Mayo de 2007
42. Felman D, Timms D, Borgida A.F. Toxoplasmosis, parvovirus and cytomegalovirus en pregnancy *Lab Med* 30 (2010) 709-720
43. Xiangyuan W, G Prasra, Debre J, Laxmi B. Efectos de la intoxicación alcohólica aguda en el segundo trimestre del embarazo en el desarrollo del pulmón fetal murino Am J Obstet Gynecol 2007; 197: 269.e1-269.e4
44. Muktar H.A, Hamisu M.S, Anima A, Ronne W, Sangita C, Healthier B.C. El tabaquismo prenatal entre los adolescentes y el riesgo de muerte fetal y durante el trabajo de parto. *Pediátrico Adolesc Gynecol* (2010) 23: 129e135
45. Voggelmann R.A, Sánchez J, Santori M, Speciale D. Muerte fetal intrauterina Revista de postgrado de la VIa Cátedra de Medicina, no 188 Diciembre 2008.
46. Valerie J, Rappaport M.D. Diagnóstico prenatal e integración de exámenes genéticos en la atención prenatal *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 435-458
47. Druzin M.I, James S, Desprendimiento de la placenta y resultados perinatales adversos *JAMA*, 3 de noviembre de 1999 - vol 282, n. ° 17
48. Crombleholme T, Habli A, Yen Lim F. Síndrome de transfusión gemelo a gemelo: una actualización completa. *Clin Perinatol* 36 (2009) 391-416
49. Druzin M.I, James S, Desprendimiento de la placenta y resultados perinatales adversos *JAMA*, 3 de noviembre de 1999 - vol 282, n. ° 17
50. Op.cit ,Voggelmann R.A, Sánchez J, Santori M,pag45
51. Anath C, Berkowitz G, Savit D, Lapinski L. Desprendimiento de placenta y resultados perinatales adversos *JAMA*, 3 de noviembre de 1999 - vol 282. No 17
52. Op.cit ,Silver R.M, Varner M, Reddy U,pa. 62
53. Panduro Baron G, Vázquez Granados M, Pérez Molina J, Castro Hernández J. Factores de riesgo prenatal en la muerte tardía *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:573-9
54. Voggelmann R, Puertas A, Mercé L.T. Muerte fetal intrauterina UNNE 2008 diciembre;188

55. Ibid, pag.187.
56. Op.cit Molina S, Alfonso D.pag.
57. Ibid, pag.68.
58. Ibid, pag.69
59. Ibíd., pag.70
60. Ticona M, Huanco D. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Diagnóstico. Perú; 2011.
61. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G, Fuentes A, Del Río M, Morong C y Benítez P. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Chile, 2012. Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf> Accedido: 16/5/16.
62. Retureta S, Rojas L y Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Policlínico Universitario Antonio Maceo, Ciego de Ávila, Cuba, vol.13 no.4. 2015. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n4/ms08413.pdf> Accedido: 7/5/16.
63. Ferrer J. et al. Definición ABC. Definición de factores. Sao Paulo, Brasil 2016. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/factores.php> Accedido: 6/5/16
64. Rojas E, Salas K, Oviedo G. "Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en dos hospitales venezolanos". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2006; 71(1): 26-30.
65. Oliva. C; Factores de riesgo asociado a mortalidad perinatal en el Hospital Berta Calderón Roque. Facultad de ciencias médicas. UNAN Managua. 2002. Monografía.



# ANEXOS

Código

Fecha.../.../...

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

## TÍTULO DEL ESTUDIO: "FACTORES QUE INDUCEN EL ÓBITO FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016"

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD.....

FECHA DE RESOLUCION DE EMBARAZO: \_\_\_\_\_

CAUSA DE MUERTE: \_\_\_\_\_

N	NOMBRE DE VARIABLE	MEDIDA					RESULTADOS
<b>FACTORES SOCIO DEMOGRAFICOS</b>							
1	Edad Materna	<20 AÑOS	20-24 años	25-30 años	30- 34 AÑOS	>35 años	
2	Estado civil	Casada	Unión libre	Divorciada	Viuda	Soltera	
3	Ocupación	Ama de casa	Empleada	Comerciante			
4	Escolaridad	Ninguna	Primaria	Secundaria	tecnico	Superior	
<b>FACTORES OBSTETRICOS</b>							
5	Gestas	1	2	>3			
6	Parto	1	3	>3			
7	Aborto	1	4	>3			
8	Cesárea	1	5	>3			
9	Periodo Intergenésico	< 2 años	>2años				
10	Tabaquismo	Presencia	Ausencia				
11	Alcoholismo	Presencia	Ausencia				
12	Drogas	Presencia	Ausencia				
13	Estado Nutricional	Delgadez	Normal	Sobrepeso	Obesidad		
14	Diabetes Gestacional	Presencia	Ausencia				
15	Hipertensión	Presencia	Ausencia				
16	Infección vías urinarias	Presencia	Ausencia				
17	Control pre natal	<1	2	3	4	>5	
<b>FACTORES PERINATALES</b>							
18	Edad gestacional del producto	pretermino	termino	Pos termino			
19	Sexo	Femenino	Masculino				
20	Peso del producto						
21	Circular del cordón al cuello	Presencia	Ausencia				
22	Malformacion fetal	Presencia	Ausencia				
23	Desprendimiento prematuro	Presencia	Ausencia				

	de placenta						
24	Placenta previa	Presencia	Ausencia				
25	Ruptura de membranas	Presencia	Ausencia				
25	Via de resolución de embarazo	Parto	Cesárea				
26	Óbito Fetal	Si	NO				

## MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

### TITULO DEL TEMA: “FACTORES QUE INDUCEN EL ÓBITO FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES			
<p><b>Problema general :</b> ¿Cuáles son los factores que inducen el óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016?</p> <p><b>Problemas específicos</b> -¿Cuáles son los factores socio-demográficos que inducen el óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016? -¿Cuáles son los factores obstétricos que inducen el óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016? -¿Cuáles son los factores</p>	<p><b>Objetivo general :</b> Determinar los factores que inducen el óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Establecer los factores socio-demográficos que inducen el óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016.  -Identificar los factores obstétricos que inducen</p>					
			<b>V .DEPENDIENTE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	
			Óbito fetal	Única	<b>Presente Ausente</b>	
			<b>V INDEPENDIENTE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	
<b>Factores</b>	Socio demográficos	Edad materna Edad materna <20 años y >35 años <20 años y				

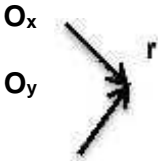
<p>peri natal que inducen el óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016?</p>	<p>el óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016</p> <p>- Identificar los factores perinatales que inducen el óbito fetal en gestantes atendidas en Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2016</p> <p>-</p>				>35 años
					Estado civil : Soltera, unión libre
					Ocupación : ama de casa
					Escolaridad: Primaria.
					Religión : Evangélica
				Obstétricos	Gestas >3
					Parto >3
					Aborto >3
					Cesárea 1,2,>3
					Periodo intergenésico <2años
					Hábito de uso de tabaco
					Hábito de consumo de alcohol
					Hábito de uso de drogas
					IMC: relación peso estatura

					Delgadez, sobrepeso, obesidad
					Diabetes gestacional
					Hipertensión
					Infección vías urinarias
					Control prenatal < 3
				<b>Perinatal</b>	Edad gestacional del producto < 22 semanas
					Sexo masculino
					Peso del producto < 1,000 g.
					Circular de cordón a cuello
					Malformación fetal
					Desprendimie

					nto prematuro de placenta
					Placenta previa
					Ruptura de membranas
					Vía de resolución de embarazo Cesárea.

TIPO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS
<p>De acuerdo a la intervención de la investigadora; el estudio será <b>observacional</b> porque no existirá manipulación de las variables.</p> <p>Respecto a la planificación de la medición de la variable el estudio será de tipo <b>retrospectivo</b> ya que se investigaran los acontecimientos del pasado basándose en los datos recolectados de las historias clínicas del periodo 2016.</p> <p>Según al número de mediciones de la variable de estudio será de tipo <b>transversal</b>, la investigación se llevara a cabo en un tiempo determinado, recolección de datos, análisis y descripción de los casos encontrados en un lapso de tiempo cortó.</p> <p>Y según el número de variables de interés, será de tipo analítico, pues se estudiarán dos variables, que serán sometidas a un análisis estadístico de tipo bivariado, donde se pondrán a prueba cada una las hipótesis planteadas en la investigación, que permitirán identificar en forma pertinente la asociación que existe entre los factores y el óbito fetal en las gestantes en estudio.</p> <p><b>.Diseño de estudio:</b></p> <p>Para efecto de la investigación. Se utilizara el diseño descriptivo correlacional cuyo esquema es el siguiente:</p>	<p><b>Población:</b></p> <p>La población en estudio estará conformada por todas las historias de gestantes con diagnóstico de óbito fetal de cualquier edad que asistieron al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano durante el año 2016 que suman 54.</p> <p><b>Tamaño de la muestra</b></p> <p>Por tratarse de una población pequeña no se realizará ningún tipo de muestreo pues se trabajará con población muestral de 54 historias de gestantes.</p>	<p><b>Para la recolección de datos:</b></p> <p>La técnica a ser utilizado será la documentación, que constituye la técnica de recolección de datos básica y corresponden a los estudios retrospectivos donde es la única forma disponible de recopilar la información</p> <p>Entre los instrumentos que serán utilizados para la recolección de datos, tenemos los siguientes:</p> <p><b>Ficha de recolección de datos de los factores que inducen el óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizan</b></p> <p>Se utilizara una ficha de recolección de datos que contiene a los factores detallados por la literatura asociados a el diagnóstico de óbito fetal (Anexo 1), la recolección de datos se realizara directamente por el investigador sobre la base de expedientes clínicos.</p> <p>Este instrumento está distribuido: en tres partes, la primera recoge el registro de factores sociodemográficos, la segunda factores obstétricos, y el</p>



<p style="text-align: center;"><b>M</b></p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Dónde:</p> <p><b>M:</b> Representa a la muestra en estudio</p> <p><b>Ox:</b> Representa a los datos de la variable independiente (factores asociados) →</p> <p><b>Oy:</b> Representa al Óbito fetal</p> <p><b>r:</b> Asociación →</p>		<p>tercer factor perinatal. El valor final será Presente y Ausente.</p> <p><b>Análisis de datos</b></p> <p><b>Análisis descriptivo :</b> Se analizarán descriptivamente los datos obtenidos empleando las medidas de tendencia central, de posición y dispersión, de acuerdo a las variables en estudio</p> <p><b>Análisis estadístico</b></p> <p>La información será presentada en tablas de frecuencias y gráficos, para las pruebas estadísticas se emplearán frecuencia y porcentaje. Y para el análisis se utilizará el paquete estadístico Microsoft Excel 2010 e IBM SPSS Statistics 22.</p>
---	--	---