



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A OBITO FETAL EN EL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL 2019-2022”**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico cirujano

Autora:

Mercado Benel, Sheyla Magally

Asesor:

Tovar Madueño, Arturo Rene

Jurado:

Mendez Campos, Julia Honorata

La Rosa Botonero, José Luis

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima - Perú

2024

2A-FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A OBITO FETAL EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2019-2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	www.minsa.gob.ni Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	1library.co Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
9	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	



Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A OBITO FETAL EN EL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL 2019-2022”**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico cirujano

Línea de investigación

Salud pública

Autor:

Mercado Benel Sheyla Magally

ASESOR

Tovar Madueño, Arturo Rene

JURADO

Mendez Campos, Julia Honorata

La Rosa Botonero, José Luis

López Gabriel, Wilfredo Gerardo

Lima - Perú

2024

DEDICATORIA

A mis padres, por todo su apoyo a lo largo de este tiempo de estudios. A mis hermanos, por los ánimos durante los momentos de cansancio
Y a mis abuelos que sin ellos esta historia jamás hubiera comenzado.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sus bendiciones y la oportunidad de vivir el sueño de alcanzar mis metas en compañía de mi familia. A mi alma máter, a la Universidad Nacional Federico Villarreal, por acogerme en sus aulas y forjarme como médica.

A mis docentes de la Facultad de Medicina Hipólito Unanue, quienes fueron guía en el camino del aprendizaje de la medicina humana.

A mi asesor, Dr. Tovar Madueño por su tiempo y consejos en esta etapa muy importante en la vida universitaria y en el apoyo constante de la elaboración de la tesis de pregrado

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Descripción y formulación del problema	8
<i>1.1.1. Formulación del problema</i>	9
<i>1.1.2. Problema General</i>	9
<i>1.1.3. Problemas Específicos</i>	10
1.2 Antecedentes	10
<i>1.2.1. Internacionales</i>	10
<i>1.2.2. Nacionales</i>	15
1.3 Objetivos	19
<i>1.3.1. Objetivo general</i>	19
<i>1.3.2. Objetivos específicos</i>	19
1.4 Justificación	20
1.5 Hipótesis	21
<i>1.5.1. Hipótesis general</i>	21
<i>1.5.2. Hipótesis específicas</i>	21
II. MARCO TEÓRICO	23
2.1. Bases teóricas	23
2.2. Óbito fetal	23
<i>2.2.1. Definición</i>	23
<i>2.2.2. Fisiopatología y causa del óbito fetal</i>	25
<i>2.2.3. Clasificación</i>	25
<i>2.2.4. Factores de riesgo</i>	26
III. MÉTODO	29
3.1. Tipo de investigación	29
3.2. Ámbito temporal y espacial	29
3.3. Variables	29
3.3.1. Población y muestra	33
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	34
<i>3.4.1. Criterios de Inclusión</i>	34
<i>3.4.2. Criterios de Exclusión.</i>	35
3.5. Instrumentos	35
3.6. Procedimientos	36
3.7. Análisis de datos	37
3.8. Aspectos éticos	37
IV. RESULTADOS	39

V. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	43
VI. CONCLUSIONES	45
VII. RECOMENDACIONES	46
VIII. REFERENCIAS	48
IX. REFERENCIALES	53
9.1. Anexo 01: Matriz de consistencia	53
9.2. Anexo 02: Operacionalización de variables	58
9.3. Anexo 03: Ficha técnica de recolección de datos (Instrumento)	62
9.4. Anexo 04: Solicitud de permiso	63
9.5. Anexo 05: Validación del instrumento	64
9.6. Anexo 06: Tablas estadísticas	65

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022. **Método:** estudio analítico, cuantitativo, observacional, tipo de casos y controles, se contó con población de 3890 pacientes, de los cuales conformaron la muestra 54 casos y 108 controles cuyos partos fueron atendidos en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Militar Central “Luis Arias Schreiber” entre 2019 - 2022. Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico S P S S ® v.26 y Microsoft 365®.

Resultados: Obtuvimos que los datos socio-demográficos la edad materna 35-39 estuvo presente en 63% de los casos y 32% de los controles, el estado civil soltera estuvo presente en 65% de los casos, los factores que condicionan mayor riesgo a padecer óbito fetal en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central “Luis Arias Schreiber” son los factores pregestacionales HTA crónica OR 3.96, $p=0.003$ (1,529 - 10,277), óbito fetal como antecedente OR 5,21, $p=0,011$ (1.291 – 19.045) factores gestacionales control prenatal deficiente (OR=11,48, IC 95%= 5,17 - 25,48, $p=0,000$), factores fetales edad gestacional según Capurro <28 semanas (OR=16,88, IC 95%= 7,504 - 35,978, $p=0,000$), feto masculino (OR=2.68, IC 95%= 1,250 - 5,778, $p=0,01$)

Conclusiones: El óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central “Luis Arias Schreiber” se encontró asociado a factores pregestacionales, gestacionales y fetales.

Palabras clave: Óbito fetal, factores de riesgo, pregestacional, gestacional, fetal.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with fetal death in patients treated in the obstetrics-gynecology service of the Central Military Hospital between January 2019 and December 2022. **Method:** analytical, quantitative, observational study, type of cases and controls, there was population of 3890 patients, of which the sample was made up of 54 cases and 108 controls whose deliveries were attended in the gynecobstetrics service of the “Luis Arias Schreiber” Central Military Hospital between 2019 - 2022. For the statistical analysis, the statistical software S P S S ® was used. v.26 and Microsoft 365®.

Results: We obtained that the socio-demographic data, maternal age 35-39 was present in 63% of the cases and 32% of the controls, single marital status was present in 65% of the cases, the factors that condition greater risk to suffering from fetal death in pregnant women treated in the gynecological-obstetrics service of the “Luis Arias Schreiber” Central Military Hospital are the pre-gestational factors Chronic HTN OR 3.96, $p=0.003$ (1.529 - 10.277), fetal death as a history OR 5.21, $p=0.011$ (1,291 - 19,045) gestational factors poor prenatal control (OR=11.48, 95% CI= 5.17 - 25.48, $p=0.000$), fetal factors gestational age according to Capurro <28 weeks (OR=16, 88, 95% CI= 7.504 - 35.978, $p=0.000$), male fetus (OR=2.68, 95% CI= 1.250 - 5.778, $p=0.01$). **Conclusions:** Fetal death in patients treated in the gynecological service obstetrics of the “Luis Arias Schreiber” Central Military Hospital was found associated with pregestational, gestational and fetal factors.

Keywords: Fetal death, risk factors, pregestational, gestational, fetal.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y formulación del problema

La relación que existe entre la madre y el feto durante la gestación ocasiona que ambos estén predispuestos a considerables riesgos que amenazan la salud y vida de ambos. Una complicación muy temida y frecuente es el óbito fetal, llamado también muerte fetal tardía. Estimaciones mundiales refieren que la tasa de mortalidad perinatal ha descendido drásticamente en los últimos 30 años, esto debido a los avances en tecnología médica como la monitorización fetal intraparto, así como a las mejoras en el sistema de atención perinatal; sin embargo pese a estos esfuerzos más del 80% de la mortalidad perinatal se debe a mortinatos después de las 22 semanas de gestación (Liberato et al., 2020).

Cada año, se producen 2,6 millones de muertes fetales en todo el mundo en el que la tasa de muerte fetal después de 22 semanas es de 2,3 por 1.000 nacimientos, lo que corresponde a una tasa de pérdida de 3.500 fetos por año; aunque el 99% de los casos ocurren en países de ingresos bajos y medios, donde la mortalidad materna es más alta entre las mujeres que viven en áreas rurales y las comunidades más pobres (Ipial, 2021).

En la etiopatogenia del óbito fetal, se ha relacionado con una variedad de etiologías subyacentes, mismas que a la vez se dividen en ovulares, maternas, fetales. Entre las que destacan: los trastornos hipertensivos del embarazo las cuales presentan un OR: 4,1 (IC 95% 1,3-12,7), infección de vías urinarias OR: 3,71 (IC 95% 1,370 -4,165), diabetes mellitus OR 2,76 (IC 1,25 – 3,24), gestante añosa OR 2,85 (IC 1,21 - 2,27), multiparidad OR: 3,072 (IC 95% 1,460 - 6,465), pérdidas fetales anteriores OR 3,42 (IC 1,634 - 7,162), tabaquismo OR 1,56 (IC 1.26 a 1.94), control prenatal deficiente OR: 21,0; (IC 95% 2,6-170,1), traumatismos entre otros. En nuestro medio tenemos variados factores que se encuentran relacionados con el óbito fetal sean factores sociales,

económicos, culturales como también los relacionados con la salud los cuales comprometen a todo los sistemas de salud (Gonçalves et al., 2019)

El conocimiento de la mortalidad intrauterina revela un bosquejo del nivel de desarrollo de una población y del cuidado y calidad en salud que este brinda, adicionalmente nos orienta sobre el correcto o incorrecto manejo preconcepcional y durante la concepción desde los primeros días hasta las últimas semanas de vida intrauterina del feto. El riesgo al cual se enfrenta el feto y la madre durante el periodo de la concepción son un sinfín de amenazas que dependen esencial y sustancialmente del entorno que se le pueda brindar. Existe poca investigación sobre este tema en nuestra comunidad, por lo que consideramos pertinente y relevante realizar este trabajo para actualizar datos e información sobre los centros hospitalarios de nuestra comunidad (Silva, 2023).

Esta tesis tiene como objetivo brindar información objetiva acerca de la muerte fetal y sus factores de riesgo en el Hospital Militar Central (HMC) “Luis Arias Schreiber” en el entendido de que será útil para la sociedad intervenir a través de políticas y programas de salud pública según corresponda. Conocer el número real de casos y sus causas, así como las posibles soluciones, es clave para desarrollar políticas y programas de salud eficaces. El valor práctico de la investigación es proporcionar información contextual que ayude a describir y observar relaciones simples que luego se entenderán en relaciones más complejas, lo que conducirá a un programa de investigación que puede contribuir a reducir la mortalidad fetal intrauterina en niños el próximo año.

1.1.1. Formulación del problema

1.1.2. Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022?

1.1.3. Problemas Específicos

¿Cuáles son los factores preconceptionales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022?

¿Cuáles son los factores gestacionales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022?

¿Cuáles son los factores fetales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022?

1.2 Antecedentes

1.2.1. Internacionales

Katsura et al. (2023) trabajo de investigación “Insufficient antenatal identification of fetal growth restriction leading to intrauterine fetal death: a regional population-based study in Japan”, tuvo como objetivo asociar la restricción de crecimiento fetal intrauterino (RCIU) con la muerte fetal intrauterino, la metodología de estudio fue retrospectivo en población nacida de la prefectura de Shiga en Japón desde el 2007 al 2016 con una población de 429 nacidos de los cuales la muestra fue de 94 nacidos con RCIU, investigaron la identificación prenatal del RCF entre las muertes fetales intrauterinas. Se realizó un estudio retrospectivo y poblacional. Identificaron 94 mortinatos con RCF entre 429 mortinatos. Obtuvo 37 casos se identificaron prenatalmente durante el embarazo (39%).

El estudio concluyó que la RCIU conduce a óbito fetal intrauterina en menos de la mitad de los casos.

Blatterer et al. (2021) titulado “Cardio-pathogenic variants in unexplained intrauterine fetal death: a retrospective pilot study en la revista Scientific reports”, tuvo como objetivo describir la prevalencia y el espectro de variantes cardiopatogénicas en fetos únicos tras una muerte fetal intrauterina inexplicada (MFIU). La metodología aplicada fue de un estudio retrospectivo donde se revisaron todos los casos, realizado en Austria entre enero 2003 a diciembre 2017, la población fue de 208 pacientes de los cuales la muestra fue de 16 casos, se recuperó ADN de muestras de tejido fibroblástico postmortem. En total, se incluyeron 12 (75%) fetos masculinos y cuatro (25%) femeninos que nacieron muertos a una edad gestacional media de 34 semanas. En dos (12,5%) fetos no se encontraron variantes cardiopatogénicas. En 14 (87,5%) fetos, se detectaron en total 33 variantes en 22 genes cardioespecíficos, que incluían 14 (63,63%) genes asociados a cardiomiopatía, seis (27,27%) genes de susceptibilidad arritmogénica y dos (9,09%) genes asociados a arritmia y cardiomiopatía. Entre las 33 variantes, cinco (15,2%) se clasificaron como probablemente benignas; 28 (84,8%) se consideraron de significado incierto. Se concluye que las patologías cardiogénicas podrían ser una etiología potencialmente poco explorada que contribuye al óbito fetal.

Báez-Silva en su investigación (2020), sobre “Factores de riesgo para óbito fetal en pacientes de la unidad de servicios de salud Simón Bolívar – Sub Red Norte durante el periodo de 2006 A 2019”, tuvo el objetivo de determinar los factores que se asocian a óbito fetal en pacientes de Colombia, la metodología de estudio fue de casos y controles, y el muestreo fue aleatorizado de 831 pacientes gestantes con una relación de 2 controles por cada 1 caso. La muestra fue de 831 pacientes. Los resultados fueron que la edad materna mayor a 35 es un factor asociado OR 1,8 (IC 1,64 – 9,08), ausencia de controles

pre natales OR 4,86 (IC 3,37 – 7,51), multiparidad OR 3,92 (IC 2,22 – 7,9), padecer de preeclampsia OR 3,21 (IC 2,78 – 8,71), padecer de Hellp Syndrome OR 29,3 (IC 0,684 – 94,7), el óbito como antecedente OR 3,64 (IC 1,95 – 6,51), anemia por parte de la madre OR 1,49 (IC 8,45- 47,2), patología asociadas al cordón umbilical OR 3,26 (IC 1,09 – 7,49), padecer de restricción del crecimiento intrauterino OR 7,48 (IC 2,76 – 49,9), Ruptura prematura de membranas durante la gestación OR 3,64 (IC 2,61 – 19,2) si se sobregrega abruptio placentae el riesgo incrementa en un OR 27,6 (IC 3,5 – 21,2). Se concluye del estudio que los causales de óbito fetal fueron identificados dentro de las cuales RCIU y corioamnionitis presentan mayor odds ratio y que el circular de cordón único está asociado a incrementar el óbito fetal.

Agrawal et al. (2019) en su trabajo de investigación titulado “Risk factors related to intrauterine fetal death”, identificar los factores de riesgo relacionados con la muerte fetal intrauterina, departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias de la Salud BP Koirala de enero a diciembre de 2014 en el país de Nepal, estudio cuya metodología fue descriptivo, transversal que tuvo como población 11 006 ingresos de los cuales la muestra fue de 152 mujeres que tuvieron muerte fetal intrauterina. 128 (84,2%) tenían entre 20 y 35 años. De las 152 mujeres, 81(53,3%) eran pretérmino y 39(2,1%) postérmino. Hubieron 77 (50,7%) primigestas. La hipertensión arterial fue la de mayor frecuencia identificado en las mujeres con un 26.78% lo cual representa a 30 mujeres de toda la población de 152 mujeres, 49 (32,2%) no habían recibido educación formal. Diez (6,6%) mujeres tenían antecedentes de muerte fetal. 4 (2,6%) tenían trastornos médicos antes del embarazo. En 125 (82,2%) de ellas, tuvieron parto vaginal, 21 (13,8%) cesárea y 6 (3,9%) laparotomía por rotura uterina. Padecer de placenta previa que conlleva a una necesidad de cesárea estuvo frecuente en 7 mujeres que representa el 33,33%, cuatro (2,6%) padecían diabetes. De los óbitos el 62,5% fueron varones y el 3,3% de los recién

nacidos presentaban malformaciones congénitas. El estudio concluyó que la hipertensión durante el embarazo resultó ser el factor de riesgo identificado más frecuente de muerte fetal intrauterina.

Pazmiño en su estudio (2019) “Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal por óbito”, estudio tuvo determinar los factores de riesgo asociados a óbito fetal en Ecuador, metodología de investigación documental, descriptiva, mediante la búsqueda de bibliografía por base de datos estandarizadas y oficiales, el análisis y la síntesis de contenido donde se incluyeron 215 estudios durante el 2014 – 2019, obtuvo como resultados que los rangos de prevalencia de los factores de riesgo fueron malformaciones congénitas con 5- 17.4%, edad mayor de 30 años prevalente desde 17,2– 20%, multiparidad 23– 28%, DPP 6– 34.7%, Abortos previos 12.5– 20.5%, infecciones durante el embarazo 1– 28% , control prenatal deficiente 70.6– 89,9%, educación primaria 16- 60.7%, preeclampsia 2– 14.7%, IVU 0.4- 17% y diabetes mellitus tipo 2 0.07– 2.7%. Concluyeron que el factor de riesgo más importante relacionado con la muerte fetal con respecto a patología de la placenta fueron ruptura, desprendimiento e insuficiencia. En relación con la madre, los factores más frecuentes fueron el antecedente de aborto, años de escolaridad, números de controles prenatales, infecciones durante el embarazo. La infección de las vías urinarias(IVUs), diabetes mellitus y la hipertensión fueron más frecuentes.

Belhocine et al. (2018) en un estudio titulado “Intrauterine fetal deaths related to antiphospholipid syndrome: a descriptive study of 65 women”, tuvo como objetivo reportar la primera gran serie de pacientes con síndrome antifosfolípídico y muerte fetal intrauterina, realizado en Francia, utilizo una metodología de tipo retrospectivo realizado en 4 centros de salud de Francia, el estudio incluyó a 65 mujeres, tuvo como resultados que una de las tres manifestaciones obstétricas del síndrome antifosfolípídico (SAF) es la

muerte fetal intrauterina (MFIU), la media de edad de las gestantes fue de 29 años; 38 (58%) eran primigrávidas. La MFIU fue la primera manifestación clínica del SAF en 48 mujeres (74%). En general, el 35% tenían un perfil de anticuerpos triple positivo. La MFIU se produjo a una edad gestacional media de 24 semanas y se asoció a complicaciones obstétricas maternas en 16 mujeres (25%), a saber, preeclampsia (n = 12), hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y síndrome de plaquetas bajas (HELLP) (n = 6), y/o desprendimiento de placenta (n = 5). La mitad de las 50 mujeres con datos disponibles tenían un feto pequeño para la edad gestacional. En total, incluso durante el periodo de seguimiento de 4 años, 28 mujeres (43%) tuvieron al menos una trombosis, y al 29% se les diagnosticó lupus eritematoso sistémico (LES). Finalmente, 54 mujeres (83%) tuvieron al menos un hijo nacido vivo. Sólo una mujer sufrió tres abortos prematuros consecutivos. Se concluye que la muerte fetal intrauterina es el signo principal e inaugural del síndrome antifosfolipídico.

Castillo (2018) en su investigación “Incidencia de factores desencadenantes del óbito fetal en pacientes entre 18 a 35 años de edad atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor” en Guayaquil- Ecuador, tuvo como objetivo determinar la incidencia y los factores más influyentes que desencadenan el óbito fetal en las pacientes del Hospital Liborio Panchana Sotomayor entre el 2016 al 2018, metodología descriptiva, transversal mediante una ficha de recolección de datos validada que se utilizó para recolectar los datos de las historias clínicas, tuvo una población de 1001 historias clínicas de las cuales la muestra fue de 23 historias clínicas, logró establecer que las principales causas de mayor incidencia en las pacientes con desenlace de óbito fetal, fueron: edad materna, infecciones de vías urinarias y desprendimiento placentario. Se concluyó también que la edad gestacional y el sexo fetal masculino, de estos datos el que tuvo mayor frecuencia de óbito fetal fue la edad materna 25 a 30 años que sobresalió con un

39,13%, seguido de infecciones de vías urinarias con el 55,44%, desprendimiento placentario y malformaciones congénitas con un 30.69%.

1.2.2. Nacionales

Burga (2021) trabajo titulado “Factores epidemiológico-obstétricos de riesgo para óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao. 2015-2019” realizado en Callao- Perú, tuvo como finalidad la de hallar los factores epidemiológico-obstétricos de riesgo para óbito fetal en gestantes atendidas en un hospital de Callao entre 2015 – 2019. Estudio de tipo observacional, de tipo retrospectivo, casos y controles donde se utilizó a razón de 2 controles por cada caso, muestra conformada con 278 gestantes, 93 casos y 185 controles. Los resultados del estudio fueron lugar de nacimiento en Lima OR 2,26 (IC 1,2 – 4,43), tener pareja OR 2,97 (IC 1,11 – 7,98), edad gestacional < 28 ss OR 67,2 (IC 8,12 – 55,5), déficit de control prenatal <6 OR 4,21 (IC 2,11 – 8,40) fueron los factores asociados a óbito fetal. Concluyeron que en las gestantes peruanas que tuvieron óbito fetal, existen múltiples factores asociados ya sean epidemiológicos como el lugar de nacimiento y obstétricos como déficit de control prenatal.

Según Salas (2020) “Factores de riesgo asociados al óbito fetal en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013 – 2018” realizado en Pucallpa, Perú busco identificar los factores asociados a óbito fetal en gestantes adolescentes, estudio de corte transversal, retrospectivo de casos y controles, donde se utilizó 1 caso por cada control, la población de estudio fue de 836 partos en mujeres adolescentes y una muestra de 76 casos y 76 controles de gestantes, se utilizó la ficha de recolección de datos que recolecto los datos de la historia clínica perinatal de las gestantes y recién nacidos, se obtuvo los siguientes resultados, relacionado con factores sociodemográficos como Nivel de educación primaria tiene OR: 80.0 (IC: 79.97 – 80.37, $p = 0.003$), No haber completado la secundaria tiene OR: 3.14 (IC: 3.02 – 3.27 y $p = 0.036$

), estado civil con OR: : 2,51 (IC: 2,43 – 2,60, p = 0,034) y origen rural con OR : 3,98 (IC: 3,90 – 4,06, p=0,004), calculado a partir de la semana 28 de embarazo; y los antecedentes ginecológicos y obstétricos constituyen factores de riesgo: tener patología antes de la semana 28 de embarazo con OR: 31,00 (IC: 30,91 – 31,09, p = 0,001), El período entre gestación y gestación menor a 2 años se asoció con muerte fetal después de 28 semanas con OR: 4,38 (IC: 4,26 – 4,49, p = 0,025); ningún control prenatal con OR: 10,37 (IC: 10,18-10,56, p=0,001) y solo de 1 a 5 controles prenatales con OR: 3,87 (IC: 3,78-3,97, p=0,002) son factores de riesgo para muerte fetal después de la semana 28 de embarazo; La edad gestacional hasta las 28 semanas al momento del nacimiento es un factor de riesgo para muerte fetal con OR: 68,91 (IC 95%: 68,75-69,07, p=0,0000) y de 28 a 36 semanas con OR: 21, 72 (95% IC): 21,64 – 21,80, p=0,0000). Se ha encontrado que los factores de riesgo para el feto en la pubertad de mujeres embarazadas son factores demográficos sociales, como el nivel principal de estudio, secundario no completo, solo civil y origen de la aldea, de 28 semanas de embarazo; y la historia obstétrica de Gynerek son los factores de riesgo, como: la presencia de enfermedades hasta 28 semanas de embarazo, alternando hasta 2 años, después de 28 semanas; Si no se controla antes del nacimiento, así como del control de 1 a 5, estos también son factores de riesgo para olores fetales después de 28 semanas de embarazo en adolescentes; Por lo tanto, el nacimiento ocurre hasta 37 semanas, lo cual es un factor de riesgo muy alto para el feto.

Hauxwell (2019) “Frecuencia y factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio 2017 a junio 2018”, realizada en Iquitos, Perú, cuyo diseño de investigación fue descriptivo, transversal y retrospectivo. Tuvo de una población de 3069 partos atendidos en el hospital durante julio 2017 a junio 2018 de los cuales la muestra fue de 25 casos de óbito fetal, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y se utilizó una ficha de recolección de datos validada, se obtuvo los

siguientes resultados en las gestantes con óbito fetal un predominio en edades de 20 a 34 años (64%), el 60% tuvo estudios de nivel secundaria, 56% procedían de la zona urbano-marginal y el 80% su estado civil era de conviviente. En cuanto a los factores obstétricos, el 40% de las mujeres tuvo embarazos múltiples, el 76% de los embarazos tuvo menos de 6 visitas prenatales, el 64% de las mujeres tuvo embarazos de 36 semanas o más y el 84% tuvo partos vaginales. En cuanto a las características de los mortinatos, el 64% fueron varones y el 56,0% tuvo un peso al nacer de 500 g o más. por 2500g. El 16% de las mujeres embarazadas presenta desprendimiento prematuro de placenta y el 32% problemas del cordón umbilical, y en 12% no se encontró causas explicables. Se concluye que la mayoría de los mortinatos era del sexo masculino con un peso entre 500gr a 2499gr, dentro de los factores sociodemográficos resalta el predominio de la edad de 20 a 34 años, dentro de los factores obstétricos resalta que en gran parte era gran multigestas, el control prenatal deficiente estuvo presente en el 76% y más de la mitad tenía 36 semanas a más de gestación.

López (2019) en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a óbito fetal en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Cajamarca” realizado en Cajamarca, Perú, tuvo el objetivo de determinar la relación entre los factores de riesgo y el óbito fetal en mujeres que se atendieron en el 2018 en el Hospital de Cajamarca, la metodología aplicada fue de un estudio de tipo correlacional enfoque cuantitativo, diseño no experimental, La muestra estuvo compuesta por 21 casos, es decir, todas las madres sobrevivieron a la muerte intrauterina. El conjunto de herramientas utilizado fue desarrollado en base a la tesis: “Epidemiología de los factores de riesgo de muerte en el útero”, Hospital de Obstetricia y Ginecología, Instituto Materno Infantil. Estado de México, 2012. Los resultados de investigaciones relacionadas con factores de riesgo macroambientales son 66.7%, estado civil soltera, edad de la madre de menos de 20 a más de 35 años - 76.2%, tiempos de parto

- 52.4%, indicando que las mujeres tienen igual derecho a tres o más partos, y la vía de parto muestra que el parto vaginal es un factor de riesgo en el 71,5% de los casos. La hipoxia del microambiente fetal fue del 85,7% y el 52,4% presentó muerte fetal. Su edad gestacional es de 28 semanas o más. Se concluyó que no se encontró asociación perfecta entre las variables de estudio y la muerte fetal intrauterina, ya que "r" tuvo un valor inferior a 1 en la escala de Pearson, asociación entre factores de riesgo y muerte fetal, la muerte intrauterina sería una asociación positiva directa.

Para Caballero y Miranda (2019) en su estudio de investigación titulado “Factores de riesgo asociados a óbitos fetales en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, Noviembre 2017 a Julio 2018” el cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a Óbito Fetal en usuarias atendidas en el Hospital II EsSalud Pasco, noviembre 2017 a julio 2018, realizado en Pasco, Perú, tuvo como metodología ser un estudio de tipo básico, cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, trabajo con una muestra de 74 pacientes y para la recolección de información se utilizó la ficha de registro de datos de cada historia clínica de las pacientes, obtuvo los siguientes resultados que los factores de riesgo generales, factores de riesgo obstétricos, factores de riesgo de complicaciones del embarazo, factores de riesgo de complicaciones del parto y factores de riesgo de enfermedades obstétricas no asociadas aplicando la prueba estadística arrojó un valor $X^2_c = 42.172 > X^2_t = 5.99$ con nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Concluyendo que aplicando la técnica no paramétrica de chi cuadrado se confirma la relación de dependencia entre ambas variables (Factores de riesgo y óbito fetal).

Gudiel (2018) en su tesis “Factores asociados a muerte fetal intrauterina en pacientes del Hospital Antonio Lorena, Cusco” con la finalidad de reconocer las características que se encuentran asociado a muerte fetal en pacientes de un hospital de Cusco en el 2018.

Estudio cuya metodología fue descriptiva, retrospectiva y transversal debido a que se tomaron historias clínicas en un periodo determinado de tiempo. La población conformada por 110 pacientes gestantes que se atendieron su parto en el hospital durante el año 2018 tuvo como resultados que la prevalencia de muerte fetal intrauterina fue de 13.8 por cada 1000 nacimientos, de estas muertes, las $\frac{3}{4}$ partes sucedieron cuando el feto se encontraba en una etapa tardía con un valor significativo de $p=0.000$, OR 3.33 (IC 2,47 – 4,49), la edad materna >35 tuvo un OR 3,85 (IC 1,37 – 10,82), grado de instrucción <6 años OR 3,27 (IC 1,37 – 10,82), controles prenatales menores de 6 OR 12,9 (IC 4,86 – 34,2) antecedente de óbito OR 7,21 (IC 1,41- 36,6), alcoholismo OR 3,33 (IC 2,47- 4,49), polihidramnios OR 2,89 (IC 2.22 – 3.75). Con lo cual se concluye que los OR mas altos son edad materna mayor de 35 años, CPN deficientes, consumo de alcohol, polihidramnios, DPP y grado de instrucción deficiente.

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar los factores preconceptionales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022

Determinar los factores gestacionales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022

Determinar los factores fetales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022

1.4 Justificación

El óbito fetal es una de las consecuencias adversas más frecuentes del embarazo. A menudo se relaciona con una gran morbimortalidad materna y se asocia a una angustia psicosocial duradera para las madres y sus familias. La tasa mundial de muerte fetal intrauterina en el 2021 fue de 21 muertes fetales por cada 1000 nacimientos , variando considerablemente de un país a otro, con rangos de 1,3 a 43,1 por cada 1.000 nacimientos totales debido a esto la OMS pretende en sus objetivos de desarrollo sostenible para el 2030 reducir la mortalidad fetal en todo el mundo y su meta es que no se produzcan más de 12 mortinatos por cada 1000 nacimientos totales en todos los países, es de importancia para cada centro hospitalario conocer los factores que se presentan y condiciona el óbito fetal, dado que la muerte fetal es uno los indicadores universales de condición de vida y desarrollo humano de un país así como también el de calidad de atención y acceso a los servicios de salud, en los países desarrollados ha disminuido, pues numerosos estudios determinaron que dos tercios de estas muertes fetales son prevenibles; pero en los países en vías de desarrollo dentro de los cuales se encuentra el Perú, esta disminución es lenta además de que existe un sub registro de los óbitos fetales ocurridos en países en vías de desarrollo y en otros caso no existe informe de causa de muerte intrauterina y es probable que hasta se lleguen a considerar con otro diagnostico como el de aborto (OMS, 2020).

El Hospital Militar Central cuenta con un departamento de obstetricia y ginecología, que brinda atención a madres gestantes y atención prenatal, la cual tiene un sesgo social por corresponder a una organización militar como el ejército. Además, la alta mortalidad en todas las etapas hasta la esperanza de vida al nacer es un indicador de pobreza y el impacto de este estudio en los factores sociodemográficos, especialmente las

puntuaciones físicas y los antecedentes obstétricos de la mortalidad fetal, pueden incluso prevenir la muerte fetal y los embarazos no deseados en diferentes etapas de la vida. Esto impulsó el desarrollo de este estudio, ya que la mortalidad fetal es un indicador importante de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, y es un indicador sensible de los resultados de salud del sistema de salud (Angarita & Guzman, 2020).

A pesar del aumento de las investigaciones sobre los factores de riesgo asociados a la muerte fetal intrauterina, ésta es ahora una prioridad nacional de investigación en salud en el Perú para el período 2019-2023, según Resolución Ministerial N° 658 -2019. La mayoría de los países aún no han identificado factores de riesgo de muerte fetal intraútero para incorporarlos a las políticas de salud pública, planes nacionales y/o instituciones de prevención, reducción e intervención de esta condición, por lo que el fundamento de este trabajo es contribuir al conocimiento e identificar estos factores de riesgo en esta población y sus causas para que se puedan desarrollar estrategias de prevención más efectivas en el futuro.

1.5 Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Existen factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.

1.5.2. Hipótesis específicas

Existe asociación entre los factores preconceptionales y óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.

Existe asociación entre los factores gestacionales y óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.

Existe asociación entre los factores fetales y óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.

H1: Existen factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.

H0: No existen factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas

En 2013, se produjeron más de 23.500 mortinatos (óbito mayor o igual a las 20 semanas de gestación, o peso al nacer mayor o igual de 350 gr si se desconoce la edad gestacional en EE. UU., lo que supone una tasa de mortinatos (SBR) de 5,96 muertes fetales por cada 1000 nacidos vivos. La mortalidad perinatal, definida como mortinatos y muertes neonatales, ha disminuido en los últimos años, pero la tasa de mortinatos se ha mantenido relativamente estática, lo que se traduce en más muertes fetales que infantiles. La mortalidad en niños mayores de 20 semanas de gestación suele pasarse por alto, pero es un importante problema de salud pública, ya que uno de cada 167 embarazos que alcanzan las 20 semanas de gestación acaba en óbito fetal. Esto constituye una experiencia especialmente devastadora para los padres, que pueden sufrir trastornos psicológicos a largo plazo tras un mortinato. La angustia psicológica, la reducción de ingresos debido a la ausencia laboral, la disminución de la productividad o la incapacidad para reincorporarse a un empleo remunerado, pueden ser duraderos y producir un problema económico para la familia (UNICEF, 2020)

2.2. Óbito fetal

2.2.1. Definición

Muerte del feto en el útero de la madre, posterior de la semana 20 o con peso mayor de 500 g. ausencia de signos vitales al nacimiento y que el feto no responda a las maniobras iniciales de RCP además de no corresponder a una correcta terminación inducida del embarazo (Berrospi, 2019).

Así mismo la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define óbito fetal, situación en la que el producto es expulsado o extraído del útero materno independiente de la semana de edad gestacional (FIGO, 2023).

Para OMS, la definición de muerte fetal es la cual se ha producido la expulsión y/o extracción parcial o completa del producto sea cual sea la semana de gestación y aunado a ellos la muerte confirmada por la ausencia de signos vitales como la no respiración, no auscultación de latidos cardiacos, no pulsación del cordón umbilical o de movimientos musculares (OMS, 2019), existen múltiples instituciones que buscan una definición global y unificada de muerte fetal por lo que se concluye que es el resultado de la relación entre diferentes y múltiples complejos procesos patológicos que suceden tanto a la madre, al feto y la placenta que van a conducir en la muerte del feto. Además, existen otras definiciones relacionadas con el tema que han sido propuestas por la OMS y la FIGO a fin de no dejar términos inconclusos, las cuales son:

- **Peso al nacer:** El primer peso del feto o recién nacido después del nacimiento. Este peso debe medirse dentro de la primera hora del bebé y antes de que pierda peso significativamente después del nacimiento.
- **Feto vivo:** peso al nacer igual o superior a 500 g (normalmente corresponde a la semana 22 de embarazo).
- **Muerte neonatal:** La muerte fetal ocurre después del nacimiento o de la separación completa de la madre, pero dentro de las primeras cuatro semanas (28 días) después del nacimiento.
- **Muerte perinatal:** muerte fetal desde la semana 22 con peso superior a 500 gramos hasta el día 7 del puerperio. Por tanto, la mortalidad perinatal es el

número total de muertes fetales excluyendo los abortos y las muertes neonatales tempranas.

- Tasa de mortalidad perinatal: es la tasa que expresa el número de mortinatos que pesan 500 g o más antes del séptimo día de vida por cada mil nacidos vivos.
- Muertes intrauterinas: número de mortinatos con peso superior a 500 gramos por cada mil nacimientos.

2.2.2. Fisiopatología y causa del óbito fetal

La gran parte de etiologías relacionadas con la muerte fetal, además de los defectos de nacimiento y las infecciones, están relacionadas con problemas con la placenta y su función. En muchos casos, la causa directa de la muerte fetal son los cambios en la placenta en el límite circulatorio de la madre y el feto, así como la reducción de la perfusión y, por tanto, la alteración de la autorregulación del feto. Así como las causas de la muerte fetal varían según la etapa del embarazo, la tasa de muerte fetal por causa desconocida, a pesar de una extensa investigación, aumenta con la edad gestacional. Antes de las 27 semanas, la mayoría de las muertes, especialmente en fetos que pesan menos de 1.000 g, se deben a infecciones, cuya frecuencia no se reduce significativamente a pesar del uso de antibióticos. Otra causa es el desprendimiento prematuro de placenta y los defectos del desarrollo fetal. En más del 80% de los casos, la causa de la muerte fetal sigue siendo desconocida, y determinar la causa de la muerte es difícil porque muchos casos se deben a acontecimientos "inexplicables" o "multifactoriales" determinado después de una cuidadosa consideración del proceso que conduce a la muerte fetal (Patiño, 2022).

2.2.3. Clasificación

Según la OMS, la FIGO y la SEGO se puede clasificar en: (Burga, 2021)

2.2.3.1.**Muerte fetal temprana.** que es la referida a los abortos, y comprende desde el inicio de la concepción hasta las 22 semanas de gestación en que el feto alcanza un peso aproximado menor de 500 gramos (Aborto).

2.2.3.2.**Muerte fetal intermedia.** que es la referida cuando la muerte ocurre entre las 22 y 28 semanas de gestación con un peso fetal que oscila entre 500 - 999 gramos.

2.2.3.3.**Muerte fetal tardía.** definida como aquella que acontece entre las 28 semanas de edad gestacional y el parto. Cuando no puede definirse la edad gestacional se considera un peso fetal de 1000 gramos o más.

2.2.4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados con la mortalidad fetal son divididos en factores preconcepciones, factores del embarazo, factores del parto y factores fetales.

2.2.4.1.**Factores de riesgo preconcepcionales.** Según la bibliografía descrita tenemos al nivel socioeconómico, el grado de instrucción, edad materna, paridad, estado civil, ocupación, periodo intergenésico y los antecedentes patológicos sea de óbito u otros como hipertensión arterial, anemia, diabetes mellitus entre otros (Paredes, 2019).

Bajo nivel socioeconómico: se asocia a un menor número de consultas de control prenatales, a familias numerosas, hacinamiento, mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico.

Analfabetismo: En menor nivel de instrucción está asociado a óbito fetal.

Malnutrición materna: La obesidad acarrea problemas como es la dificultad para el examen ya que impide una buena auscultación de corazón fetal, e identificación de partes fetales.

Edad materna: El riesgo de óbito fetal aumenta con las edades extremas (menor de 18 años y mayor de 35 años), sobre todo en las mayores de 35 años.

Paridad: Existe mayor incidencia de óbito fetal en primigestas y multigestas por mayor incidencia de malformaciones congénitas.

Período intergenésico corto: el organismo materno no se recupera totalmente desde el punto de vista biológico en los periodos intergenésicos cortos, lo que conlleva a una mayor incidencia de muerte fetal.

2.2.4.2. Factores de riesgo gestacionales. Son aquellos que se encuentran relacionados desde el inicio de la gestación hasta antes del parto y tenemos la anemia gestacional, mal control prenatal o control prenatal deficiente, hábitos nocivos durante la gestación y patologías en la gestación (Patín, 2022).

Anemia: la anemia materna esta reportada como un factor de riesgo de óbito fetal, sobre todo con valores de hemoglobina menores de 10gr%.

Mal control prenatal: se define un mal control prenatal como la poca cantidad de evaluaciones durante la gestación, en nuestro medio, sobre todo en las zonas alejadas de los centros de salud, muchas gestantes no acuden a su control prenatal, lo que obliga al personal de salud a ir en busca de las gestantes.

Hábitos maternos: los hábitos nocivos como el alcohol, fumar y uso de alucinógenos y drogas conllevan a riesgo de óbito fetal, sobre todo en zonas urbanas donde el uso y abuso de sustancias es bastante frecuente entre las gestantes sobre todo adolescentes.

Afecciones maternas: como la diabetes del embarazo, infección de vías urinarias, enfermedades hipertensivas del embarazo, presencia de hemorragias, placenta previa, conllevan a riesgo triplicado de óbito fetal.

2.2.4.3. Factores de riesgo del parto. Son aquellos que se encuentran relacionados desde el fin de la gestación hasta el nacimiento del producto dentro de los cuales tenemos las complicaciones propias relacionadas al parto como patología del cordón, partos distócicos y el sufrimiento fetal, amenaza de parto pretérmino, prociencia de cordón, distocias de presentación, trabajo de parto prolongado, desproporción céfalo pélvica y sufrimiento fetal (Castillo, 2019).

2.2.4.4. Factores de riesgo fetales. Son aquellos que se encuentran relacionadas con el feto que podrían producir óbito fetal dentro de las cuales tenemos malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, entre otros (Mendoza-León JA et al., 2019).

El uso de datos nacionales para comprender los factores de riesgo de óbito fetal es crucial en el esfuerzo por prevenir la mortinatalidad. La información sobre los factores de riesgo y las causas de los mortinatos es crucial para desarrollar estrategias que reduzcan la muerte fetal. Los mortinatos intraparto, en los que el feto está vivo en el momento de la primera evaluación y posteriormente muere durante el proceso del parto, representan una minoría de los mortinatos en los países industrializados, pero pueden reflejar la calidad de la atención intraparto y tienen un alto potencial de previsibilidad, actualmente hay poca información sobre la tasa, los factores de riesgo y las causas de óbito fetal en nuestro medio, ya que estas pérdidas rara vez se distinguen de los mortinatos ante parto (Tolosa et al., 2022).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo, de tipo de casos y controles, donde se consideró:

Casos: Aquellas gestantes con óbito fetal atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Militar Central enero 2019 diciembre 2022.

Controles: Aquellas gestantes cuyos partos tuvieron recién nacidos vivos y fueron atendidos en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 diciembre 2022.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Se realizó a partir de la revisión de historias clínicas de gestantes que han sido atendidas en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Militar Central entre 2019- 2022 que se encuentra localizado en el distrito de Jesús María.

3.3. Variables

Variable independiente: Factores de riesgo

Variable dependiente: Óbito Fetal.

Factores preconcepcio nales	Definición conceptua l	Valores	Criterio medició n	Tipo de variable	Escala de medici ón	Instrume nto
Edad	Tiempo de vida	14 a 50 años	Edad en años cumplidos	Cuantitativa continua	Nominal	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Estado marital	Soltera, Conviviente, Casada, Viuda, separada	Estado marital durante el embarazo.	cualitativa	Nominal	
Grado de instrucción	Nivel de educación	Ninguno, Primaria Secundaria, Superior	Nivel de educación señalado en historia C.	Cualitativa ordinal	Nominal	
Paridad	Número de hijos	Menor de 4 gestaciones	Múltipara	Cuantitativa	razón	

		Mayor o igual de 4 gestaciones				
Antecedente de óbito	Muerte fetal intrauterina	Si	Antecedente	Dicotómica	Nominal	
		No				
Periodo intergenésico normal	Tiempo transcurrido entre 2 embarazos (ultimo y actual)	Si: Menor de 2 años	Años	cualitativa	Nominal	
		No: Mayor igual 2 años				
Antecedentes patológicos, comorbilidades	Enfermedades maternas que constituyen antes y durante de la gestación	Si / No	Anemia, ITU, HTA, diabetes, etc.	Cualitativa	Nominal	

Factores gestacionales	Definición conceptual	Valores	Criterio medición	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Ganancia de Peso de la gestante	Cantidad de peso ganado durante el embarazo	Menor de 7 Kg Mayor o igual 7Kg	Peso en Kg	Cuantitativa continúa	razón	Ficha de recolección de datos
Control prenatal	Control del embarazo	Si: mayor igual a 6 controles	Controlada	Cuantitativa	razón	
		No: menor de 6 controles	No controlada			
Antecedentes patológicos, comorbilidades	Enfermedades maternas que se constituye durante la gestación	Si / No	Anemia, ITU, Preeclampsia, diabetes, etc.	Cualitativa	Nominal	

Factores fetales	Definición conceptual	Valores	Criterio medición	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Edad gestacional	Edad gestacional por FUR o primera ecografía	Semanas	Tiempo de gestación en semanas desde la FUR confirmado por Capurro	Cuantitativa continúa	Razón	Ficha de recolección de datos
Peso fetal	Cantidad de peso	Gramos	Peso en gramos obtenido al momento de nacer	Cuantitativa continúa	razón	
Sexo	Género	Femenino	Sexo determinado por examen físico	Cualitativa	nominal	
		Masculino				
Malformaciones congénitas y genéticas fetales	Presencia de malformación en algún órgano	Sí, no	Cardiaca, pulmonar, ósea etc.	cualitativa	Nominal	

Óbito fetal	Definición conceptual	Valores	Criterio medición	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Óbito fetal	Es la defunción del producto de la concepción antes de su expulsión o separación completa del cuerpo de la madre	Menos de 500 gr	Óbito temprano Óbito intermedio Óbito tardío	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos
		Peso entre 500 -1000 gr				
		Peso fetal 1000 gr a mas				

3.3.1. Población y muestra

Población: Pacientes cuyos partos fueron atendidos en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo enero 2019 a diciembre 2022.

Tipo de muestreo: Muestreo por conveniencia.

Población muestral

Población: 3890 pacientes cuyos partos fueron atendidos en el área de ginecobstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022

Muestra: Se utilizó la metodología de un estudio casos y controles utilizando muestro por conveniencia buscando 2 controles por cada caso a través de la fórmula:

Donde:

$$n = \left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2 p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right)^2$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Donde se utiliza una confianza del 95% y una potencia del 90%, según la revisión de la bibliografía encontramos que la proporción de los casos expuestos es en su mayoría del 60%, el odds ratio según bibliografía es aproximadamente de 3-4 y se realizara 1 estudio en el cual se tomara 2 controles por cada caso. Utilizado el programa estadístico EPIDAT 4.1 para calcular el tamaño muestral obtuvimos que:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	60,000%
Proporción de controles expuestos:	33,333%
Odds ratio a detectar:	3,000
Número de controles por caso:	2
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
90,0	54	108	162

Casos: 54 gestantes con óbito fetal atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Militar Central en el periodo enero 2019 diciembre 2022.

Controles: 108 gestantes cuyos partos tuvieron recién nacidos vivos y fueron atendidos en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Militar Central en el periodo enero 2019 diciembre 2022.

Muestra total: 162

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Óbito fetal con peso mayor igual de 500 gramos y/o mayor igual 20 semanas de gestación(casos).

- Recién nacido único vivo con edad gestacional mayor igual de 20 semanas y/o peso mayor de 500 gramos(control)

3.4.2. *Criterios de Exclusión.*

- Embarazo múltiple. (casos)
- Pacientes con datos incompletos en las historias clínicas.

3.5. Instrumentos

Se utilizó la ficha consignada en anexo 03 que presenta los datos de cada HCL de paciente, factores preconceptionales que tiene como items los antecedentes patológicos y gineco-obstétricos, factores gestacionales que presenta los items de peso previo del embarazo, edad gestacional, control prenatal, peso ganado durante la gestación, patologías ocurridas en ese embarazo y los factores fetales como peso fetal, sexo fetal, edad gestacional y si tuvo o no malformaciones fetales, se procedió a consignar los datos que se encuentren en la historia clínica.

La ficha aplicada en la tesis ha sido utilizada del estudio de Burga, titulado “Factores epidemiológico-obstétricos de riesgo para óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao 2015-2019” y fue validada por una especialista en amplio conocimiento en estudios casos y controles,

N.º de Ficha:.....

Casos () Controles ()

Datos generales:

- Edad materna: ____ años.
- Estado civil: _____
- Grado de instrucción: _____
- Ocupación: _____

Factores preconceptionales:

Antecedentes patológicos:

- Hipertensión arterial crónica: ____
- Hipertensión gestacional: ____
- Preeclampsia: ____
- Eclampsia: ____
- Restricción de crecimiento intrauterino: ____
- Corioamnionitis: ____.
- Desprendimiento prematuro de placenta: ____
- Cervicovaginitis: ____

- Oligohidramnios: ____
 - Polihidramnios: ____
 - RPM: ____
 - Anemia: ____
 - Infección de vías urinarias: ____
 - Diabetes mellitus: ____
 - Otro(s): ____
 - Ninguno: ____
- Antecedentes gineco-obstétricos:
- Paridad: _____
 - Período intergenésico: ____
 - Antecedente de óbitos en gestaciones anteriores: ____
- Factores del embarazo:
- Peso previo al embarazo: ____ kg.
 - Peso ganado durante el embarazo: ____ kg.
- Edad gestacional: ____
 - Control prenatal: ____
- Patologías del embarazo:
- Anemia: ____
 - Infección de vías urinarias: ____
 - HTA: ____
 - Asma: ____
 - DM: ____
 - Epilepsia: ____
 - Otra(s): ____
- Factores fetales:
- Peso fetal: ____ kg.
 - Sexo fetal: ____
 - Edad gestacional (Capurro): ____ sem.
 - Malformaciones fetales: ____

3.6. Procedimientos

Desarrollado el proyecto de investigación, se sometió a la aprobación del comité de Ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal y del HMC “Luis Arias Schreiber”, luego de la aprobación se continuó con la recolección de datos utilizando la ficha de recolección de datos donde estuvo la información en base a las variables en estudio luego estos se procedieron a tabular y codificar para su análisis e interpretación. Se evaluó la información recolectada en la ficha para la investigación y se requirió la aprobación y permiso formal por parte del médico jefe del área respectiva (Archivo de Historias clínicas) del HMC “Luis Arias Schreiber”, para recolectar los datos de cada historia clínica según las variables del presente estudio, la información recolectada ha sido validada por médicos generales y médicos especialistas en temas de investigación y médicos

especialistas del Hospital Militar Central. Se siguió al pie de la letra el cronograma planteado para así poder cumplir con los tiempos estipulados en el proyecto de investigación y dicha recolección de datos estuvo liderada por la investigadora. Posterior a la recolección de los datos se digitalizó dicha base de datos, se recodificó cada historia clínica por el responsable de la tesis para salvaguardar la confidencialidad de los datos, una vez digitalizadas, las fichas que tuvieron datos incompletos fueron descartadas de nuestra muestra cómo ha sido mencionado en los criterios de exclusión, para luego realizar su posterior análisis.

3.7. Análisis de datos

Para realizar el análisis estadístico aplicamos la estadística inferencial y descriptiva, mediante el programa SPSS versión 26, representamos mediante tablas, gráficos de barras y circulares la frecuencia de cada factor de riesgo y para la asociación de las variables del presente estudio se utilizó chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95%, los resultados fueron estadísticamente significativos si $p < 0.05$ y estadísticamente muy significativos si $p < 0.01$. Para la evaluación de los Odds Ratio (OR) el cual determina el número de veces que el factor mencionado incrementa la consecuencia del evento, sin embargo si encontramos un valor $OR = 1$ nos menciona que el presente factor no presenta asociación y con este se apoyaría la hipótesis nula, es por eso que para la aceptación de la hipótesis alterna y el rechazo de la hipótesis nula serán tomados todos los valores que presenten un OR mayor a 1, que el intervalo de confianza sea igual o superior a 95% y que en dicho intervalo no se encuentra el número 1 y que el p sea < 0.05 .

3.8. Aspectos éticos

Esta tesis de grado ha sido presentada al comité de ética de la Universidad Nacional Federico Villarreal y al Hospital Militar Central, donde debe ser aprobado,

requisito indispensable para el desarrollo de este trabajo. Considerando que es un trabajo de investigación de fuente secundaria, no se necesitó consentimiento informado de los participantes, se mantuvo la confidencialidad de la información y en ninguna otra situación se usaron los datos con otra finalidad que no sea la de los objetivos de la investigación, estando de acuerdo con la Ley de Protección de Datos Personales consignada en el artículo N°1 de la Ley N°29733 al respetar la anonimidad del sujeto de estudio. Codificó las HCL de las pacientes para mantenerlos en el anonimato al momento de presentar los resultados y/o publicación. El presente estudio no generó ningún riesgo o daño perjudicial, respetando así las normas de Buenas Prácticas y La Ley General de Salud, al respetar la anonimidad del sujeto de estudio y además siguiendo las normas éticas expresadas en la Helsinky's declaration.

IV. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación tenemos que la muestra estuvo conformado por 54 casos y 108 controles, caracterizadas por ser gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del HMC “Luis Arias Schreiber”, fueron distribuidos según factores de riesgo preconceptionales, factores gestacionales y factores fetales, en la tabla 1 que representa los factores pregestacionales tenemos a la preeclampsia con OR 5,09 (IC=2,226-11,468, $X^2=17.25$, $p < 0.05$), eclampsia OR 9,18 (IC=3,582 - 3,537; $X^2=26.44$; $p<0.05$) y óbito fetal como antecedente OR 5,21 (IC=1,291 - 19,045; $X^2=6.44$; $p<0.05$), sobre los factores de riesgo gestacionales tenemos el control prenatal deficiente con OR 11.48 (IC=5,17 - 25,48; $X^2=9,884$; $p<0.05$) y dentro de los factores fetales tenemos la edad gestacional <28 semanas con OR 16.8 (IC=7,504 - 35,978; $X^2=9,884$; $p<0.05$).

Tabla 1

Factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022

Factores pregestacionales		Casos		Controles		Óbito fetal		X ²	Valor P
		N	%	N	%	OR	IC		
Preeclampsia	Si	21	38,9%	12	11,1%	5,09	2,226 - 11,468	17,125	0,000
	No	33	61,1%	96	88,9%				
Eclampsia	Si	21	38,9%	7	6,5%	9,18	3,582 - 3,537	26,443	0,000
	No	33	61,1%	101	93,5%				
Antecedente de óbito	Si	7	13,0%	3	2,8%	5,21	1,291 - 19,045	6,448	0,011
	No	47	87,0%	105	97,2%				
Factores gestacionales									
CPN	Deficiente	33	61,1%	13	12,0%	11,48	5,17 - 25,48	9,884	0,000
	Adecuado	21	38,9%	95	88,0%				
Factores fetales									
Edad gestacional (Según Capurro)	<28 semanas	41	75,9%	17	15,7%	16,88	7,504 - 35,978	7,458	0,000
	>28 semanas	13	24,1%	91	84,3%				

Nota. Elaboración propia

En la tabla 2 evidencia los items correspondientes a los factores preconceptionales, cada factor con su respectivo Odds ratio, encontrando que la HTA crónica como antecedente (OR=3.96, IC 95%= 1,529 - 10,277, $X^2=8.86$, $p=0.003$), la preeclampsia (OR=5,09, IC 95%= 2,226 - 11,468, $X^2=17.12$ $p=0,000$), eclampsia (OR=9,18; IC 95%= 3,582 - 3,537; $X^2=26,443$; $p=0,000$); RCIU (OR=2.53; IC 95%=1,875 - 7,947; $X^2=4,145$; $p=0,004$); DM2 (OR=2.53; IC 95%=1,875 - 7,947; $X^2=4,145$; $p=0,004$); óbito fetal como antecedente OR 5,21 (IC 95%= 1,291 - 19,045, $X^2=6,44$ $p=0,011$), polihidramnios (OR=4,24, IC 95%= 1,125- 23,925; $X^2=4,11$ $p=0,021$), oligohidramnios (OR=3,40, IC 95%= 1,604 - 7,235, $X^2=10,74$ $p=0,001$).

Tabla 2

Factores preconceptionales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022

		Óbito fetal							
		Casos		Controles		OR	IC	X^2	Valor P
		N	%	N	%				
Hipertensión arterial crónica	Si	13	24,1%	8	7,4%	3,960	1,529 - 10,277	8,863	0,003
	No	41	75,9%	100	92,6%				
Preeclampsia	Si	21	38,9%	12	11,1%	5,09	2,226 - 11,468	17,125	0,000
	No	33	61,1%	96	88,9%				
Eclampsia	Si	21	38,9%	7	6,5%	9,18	3,582 - 3,537	26,443	0,000
	No	33	61,1%	101	93,5%				
RCIU	Si	7	13,0%	6	5,6%	2,53	1,875 - 7,947	4,145	0,004
	No	47	87,0%	102	94,4%				
DM2	Si	7	13,0%	8	7,4%	1,86	6,367 - 5,438	3,989	0,004
	No	47	87,0%	100	92,6%				
IVU	Si	22	40,7%	19	17,6%	3,22	1,544 - 6,715	10,205	0,001
	No	32	59,3%	89	82,4%				
Anemia	Si	10	18,5%	11	10,2%	2	4,793 - 5,067	2,216	0,137
	No	44	81,5%	97	89,8%				
Antecedente de óbito	Si	7	13,0%	3	2,8%	5,21	1,291 - 19,045	6,448	0,011
	No	47	87,0%	105	97,2%				
Polihidramnios	Si	4	7,4%	2	1,9%	4,24		4,115	0,021

	No	50	92,6%	106	98,1%		1,125 - 23,925		
Oligohidramnios	Si	21	38,9%	17	15,7%	3,4	1,604 - 7,235	10,744	0,001
	No	33	61,1%	91	84,3%				
Corioamnionitis	Si	14	25,9%	11	10,2%	3,08	1,291 - 7,377	6,835	0,009
	No	40	74,1%	97	89,8%				
RPM	Si	20	37,0%	24	22,2%	2,05	1,007 - 4,208	3,994	0,046
	No	34	63,0%	84	77,8%				
Cervicovaginitis	Si	22	40,7%	22	20,4%	2,68	1,312 - 5,504	7,551	0,005
	No	32	59,3%	86	79,6%				
DPP	Si	22	40,7%	15	13,9%	4,26	1,975 - 8,201	14,729	0,000
	No	32	59,3%	93	86,1%				
Múltipara	Si	26	48,1%	21	19,4%	3,84	1,881 - 7,868	14,402	0,000
	No	28	51,9%	87	80,6%				
Periodo intergenésico corto	Si	34	63,0%	60	55,6%	1,36	1,696 - 2,658	8,112	0,035
	No	20	37,0%	48	44,4%				

Nota. Elaboración propia

En la tabla 3 se representa la asociación de los factores gestacionales con óbito fetal en la cual encontramos que los controles prenatales deficientes (OR=11,48, IC 95%= 5,17 - 25,48; $X^2=9,884$; $p=0,000$), anemia (OR=3,40, IC 95%= 1,142 - 10,122; $X^2=5,29$; $p=0,001$), IVU (OR=3,07, IC 95%= 1,321-7,166; $X^2=7,20$; $p=0,007$), preeclampsia (OR=3,64, IC 95%= 1,678- 7,9256; $X^2=11,38$; $p=0,001$).

Sobre la tabla 4 que representa los factores fetales asociados a óbito fetal dentro de los items correspondientes a este factor, tenemos edad gestacional según Capurro <28 semanas (OR=16,88, IC 95%= 7,504 - 35,978; $X^2=10,587$; $p=0,000$), sexo fetal masculino (OR=2,68, IC 95%= 1,250 - 5,778; $X^2=6,66$; $p=0,01$), malformación fetal (OR=2,20, IC 95%= 1,808 - 5,914; $X^2=3,957$; $p=0,041$).

Tabla 3

Factores gestacionales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022

		Óbito fetal				OR	IC	X ²	Valor P
		Casos	%	Controles	%				
CPN	Deficiente	33	61,1%	13	12,0%	11,484	5,17 - 25,48	9,88	0,000
	Adecuado	21	38,9%	95	88,0%				
Anemia	Si	9	16,7%	6	5,6%	3,4	1,142 - 10,122	5,29	0,001
	No	45	83,3%	102	94,4%				
IVU	Si	15	27,8%	12	11,1%	3,077	1,321 - 7,166	7,2	0,007
	No	39	72,2%	96	88,9%				
Preeclampsia	Si	20	37,0%	15	13,9%	3,647	1,678 - 7,9256	11,3	0,001
	No	34	63,0%	93	86,1%				
Asma	Si	6	11,1%	9	8,3%	1,375	1,462 - 4,085	3,98	0,049
	No	48	88,9%	99	91,7%				
DMG	Si	5	9,3%	6	5,6%	1,735	1,505 - 5,593	4,12	0,045
	No	49	90,7%	102	94,4%				
Epilepsia	Si	4	7,4%	3	2,8%	2,866	1,604 - 10,855	3,95	0,017
	No	50	92,6%	105	97,2%				

Nota. Elaboración propia

Tabla 4

Factores fetales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre enero 2019 a diciembre 2022

		Óbito fetal				OR	IC	X ²	Valor P
		Casos	%	Controles	%				
Edad gestacional (Según Capurro)	<28 semanas	41	75,9%	17	15,7%	16,8	7,504 - 35,978	10,587	0,000
	>28 semanas	13	24,1%	91	84,3%				
Sexo fetal	Masculino	43	79,6%	64	59,3%	2,68	1,250 - 5,778	6,662	0,01
	Femenino	11	20,4%	44	40,7%				
Malformaciones fetales	Si	9	16,7%	9	8,3%	2,20	1,808 - 5,914	3,957	0,041
	No	45	83,3%	99	91,7%				

Nota. Elaboración propia

V. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Se establecieron los resultados del estudio de gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del HMC “Luis Arias Schreiber” entre 2019 y 2022 en cuanto los ítems respectivos del estudio, clasificando los factores asociados a óbito fetal como preconcepcionales, factores gestacionales y los factores fetales.

Sobre los resultados de las tablas de anexos 06 de los factores sociodemográficos de las gestantes encontramos que la edad materna fue prevalente en los casos y en los controles es de 35 a 39 años con un 63% (34), 43% (69) respectivamente; mientras que en el estudio de Agrawal y colaboradores en el 2019 encontró que la edad materna más prevalente fue ente 20 a 35 años (84.2%) y en el estudio de Castillo del 2018 encontró que la mayor frecuencia de edad materna se encontró entre los 25 a 30 años con un 39,13%, en un estudio nacional realizado por Hauxwell en el 2019 en Iquitos encontró que las edades más frecuentes fueron entre los 20 y 34 años (64%), y en un estudio realizado por Lopez en el 2019 evidenciamos que la edad materna más frecuente fue de 20 a 35 años con 76,2%. Con respecto al estado civil, en los casos fue más prevalente las solteras con 65% (35) y en los controles fue las casadas con un 30% (48) y Gudiel (2018) edad materna mayor de 35 años con un OR 3.85; con respecto al grado de instrucción encontramos que los casos en su mayoría tenían primaria completa 67% (36) y los controles en su mayoría tenían nivel superior 43%(70), mientras que Hauxwell (2019) encontró que el 60% tuvo estudios de nivel secundaria y Salas (2020) evidencio el grado de instrucción primaria con un OR 80.0.

Con respecto a los factores preconcepcionales evidenciamos que la HTA (OR=3.96, IC 95%= 1,529 - 10,277, p=0.003), mientras que en el estudio de Pazmiño en el 2019 evidenciamos una HTA con OR 2; el óbito fetal como antecedente (OR=5,21, IC95%=1,291-19,045, p<0,05) y en el estudio de Gudiel en el 2018 encontró que el

antecedente de óbito fetal (OR 7.21, IC95%=1.41-36.63, $p<0.05$), además del estudio de Pazmiño en el 2019 el cual refiere que el antecedente de óbito fetal con un OR de 12.5.

Con respecto a los factores gestacionales encontramos en un control prenatal deficiente (OR=11,48, IC 95%= 5,17 - 25,48, $p=0,000$), mientras que Báez-Silva en el 2020 encontró un (OR 4.86 IC95%3.37-7.51), Burga en el 2021 evidencio el OR de CPN deficientes (OR=4.21, IC95%=2.11–8.40, $p<0.001$) y Salas en el 2020 logro encontrar también CPN deficientes con OR: 3.87 (IC: 3.78 – 3.97, $p=0.002$); con respecto a la anemia encontramos en el estudio un OR=3,40 (IC 95%= 1,142 - 10,122, $p=0,001$).

Sobre los factores fetales tenemos edad gestacional según Capurro <28 semanas (OR=16,88, IC 95%= 7,504 - 35,978, $p=0,000$), acorde con lo mencionado por Salas 2020 que tuvo como resultado, la asociación de óbito fetal con edad gestacional < 28 SDG con OR: 31(IC:30.91–31.09, $p<0.05$) y Burga en 2021 que encontró con un OR=67.2, (IC95%=8.12–555.55, $p <0.001$), además encontramos que el sexo masculino en el estudio presento (OR=2.68, IC 95%= 1,250 - 5,778, $p=0,01$) similar con el estudio de Agrawal y colaboradores en el 2019 que encontró el sexo masculino del óbito con un OR=3.1, y con respecto a las malformaciones fetales encontramos una prevalencia del 11% mientras que Agrawal en el 2019 encontró una prevalencia del 3,3%.

VI. CONCLUSIONES

- Se concluye que existe asociación de los factores preconceptionales, gestacionales y fetales asociados a óbito fetal siendo, la preeclampsia, eclampsia, antecedente de óbito fetal los factores pregestacionales con mayor OR; dentro de los factores gestacionales el que demostró mayor asociación fue el control prenatal deficiente, y dentro de los factores fetales el factor que presentó mayor asociación fue la edad gestacional <28 semanas según Capurro con un OR 16.88, los factores mencionados son los que presentaron mayor asociación a óbito fetal en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central entre 2019 y 2022.
- Se concluye que existe asociación entre los factores preconceptionales y óbito fetal siendo la eclampsia como antecedente, la cual aumenta el riesgo de óbito fetal 9 veces más, y la preeclampsia como antecedente aumenta la probabilidad de padecer de óbito fetal 5 veces más.
- Acorde con los objetivos de nuestro estudio, concluimos que existe asociación entre los factores gestacionales y óbito fetal siendo, el que tuvo mayor asociación a óbito fetal los controles prenatales deficientes con un OR de 11,48, seguido de la preeclampsia gestacional con un OR de 3.64.
- Existe asociación evidente entre los factores y óbito fetales siendo la edad gestacional <28ss según Capurro el factor que mayor se asocia a incrementar el riesgo de óbito fetal además del sexo masculino siendo 2 veces más frecuente que el sexo femenino.

VII. RECOMENDACIONES

1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud correspondientes al primer nivel de atención, las cuales brindan campañas preventivos promocionales hacia la comunidad, brindando conocimiento sobre los riesgos de cualquier patología o condición como el ser madre, el significado social y de subdesarrollo del país que implica la mortalidad de los y las adolescentes y la mortalidad perinatal donde se incluyen a los bebés que mueren antes de nacer, dichos temas deben ser reforzados desde el primer hasta el tercer nivel de atención para con ello poder generar conciencia sobre ciertos factores de riesgo y poder evitar complicaciones futuras.
2. Al ser el embarazo una condición que posiciona en riesgo a la mujer, el nivel III de atención debe sumarse con actividades preventivo-promocionales de la salud sexual y reproductiva en apoyo a las actividades del primer nivel de atención con sus actividades preventivas promocionales, debido a que como se ha demostrado en el estudio cierto factores de riesgo incrementan las posibilidades de muerte materna y la del niño por nacer.
3. En todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, según los niveles de atención se debe promover estudios de investigación científicos enfocados según la prioridades de investigación, en cuanto a los riesgos en que incurren algunas mujeres cuando llegan a ser gestantes a través de la mejora continua de los registros, pudiendo digitalizar una base de datos de todas las gestantes del hospital y utilizarlo como herramienta que ayudará en la gestión de todo recurso para la mejora de indicadores de salud sexual y reproductiva.
4. Informar a la madre gestante sobre lo relevante del incremento del riesgo de óbito fetal debido un periodo intergenésico corto, pues el estudio concluyo que es un factor de riesgo para muerte fetal intrauterina en gestantes, además de educar a las

gestantes e incidir de forma vehemente en la importancia de los controles prenatales adecuados sobre todo antes de la semana 28 y 30, pues en dichas semanas ocurrieron más muertes fetales.

VIII. REFERENCIAS

- Agrawal, A., Basnet, P., Rai, R., & Thakur, A. (2019). Risk factors related to intrauterine fetal death. *Journal of Nepal Health Research Council*, 17(1), 46-50. doi:<https://doi.org/10.33314/jnhrc.1534>.
- Báez - Silva Arias. (2020). Factores de riesgo para óbito fetal en pacientes de la unidad de servicios de salud Simón Bolívar - Sub Red Norte durante el periodo de 2006 a 2019. *Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia*. Universidad El Bosque, Bogotá.
- Barros Vieira, B. L., Lopes Silva, R., Cecílio Oliveira, J., Batista Coelho, A. S., Moreira Assunção, A. C., & Sousa, K. (2023). FATORES CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS DE ÓBITOS FETAIS EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO. *Revista científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás- "Cândido Santiago"*, 9(3), 1-19. Obtenido de <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/551/300>
- Belhocine, M., Coutte, L., Silva, N. M., Morel, N., Guettrot - Imbert, G., Paule, R., . . . Costedoat-Chalumeau, N. (2018). Intrauterine fetal deaths related to antiphospholipid syndrome: a descriptive study of 65 women. *Arthritis research & therapy*, 20(1), 249. doi:<https://doi.org/10.1186/s13075-018-1745-2>.
- Berrospi Arratea, D. Y. (2019). FACTORES QUE INDUCEN AL OBITO FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO 2016. *Para Optar el Título Profesional de Obstetra*. Universidad de Huánuco, Huánuco. Obtenido de <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/2044>

- Blatterer, J., Hoermann, G., Husslein, P., Kollmann, M., Lafer, I., Muin, D., . . . Schwarzbraun, T. (2021). Cardio - pathogenic variants in unexplained intrauterine fetal death: a retrospective pilot study. *Scientific reports*, *11*(1), 6737. doi:<https://doi.org/10.1038/s41598-021-85893-0>.
- Burga Ambulódigue, M. d. (2021). Factores epidemiológicos - obstétricos de riesgo para óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao. 2015 - 2019. *Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano*. Universidad Científica del Sur, Lima. doi:<https://doi.org/10.21142/tl.2021.2085>
- Castillo Mendez, K. A. (2018). Incidencia de factores desencadenantes del óbito fetal en pacientes entre 18 a 35 años de edad atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. *Propuesta de trabajo de Titulación presentado como requisito para optar por el grado de Médico general*. Universidad Estatal de Guayaquil, Santa Elena. Obtenido de <https://repositorio.ug.edu.ec/items/ecaf8450-14ea-49e6-9754-1725f62b8e35>
- Castillo Reyes, E. D. (2019). Impacto Psicoemocional en gestantes con diagnostico de óbito fetal. *Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia*. Universidad de Guayaquil, Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42215>
- Copado Salido, S. (2015). *Muerte fetal intrauterina*. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Obtenido de https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/clases_residentes/2015/clase2015_muerte_fetal.pdf
- García Tolosa, B., Santander Quintero, I., & Carvajal Rodriguez, L. M. (2022). *Factores de riesgo y prevalencia de la muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en*

el Hospital Universitario Erasmo Meoz en el período 2019 -2021. Universidad de Santander, Cúcuta. Obtenido de <https://herasmomeoz.gov.co/wp-content/uploads/2022/06/23.pdf>

Giraldi , L. M., Corrêa, T., Schuelter-Trevisol, F., & Gonçalves, C. (2019). Fetal death: obstetric, placental and fetal necroscopic factors. *Jornal Brasileiro De Patologia E.. Medicina Lboratorial*, 55(1), 98-113. doi:<https://doi.org/10.5935/1676-2444.20190007>

Hauxwell Saenz, E. (2019). Frecuencia y factores predisponentes de óbito fetal en el Hospital Iquitos César Garayar García de Julio 2017 a Junio 2018. *Para optar el Título Profesional de Obstetra*. Universidad Científica del Perú, Iquitos. Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/684>

Lobo, C., Serna, N., & Salazar, V. (2020). Posición al dormir de la gestante y su asociación con óbito fetal. *Revista Ciencia & Salud: Integrando Conocimientos*, 4(4), 117 -125. doi:<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v4i4.186>

Mendoza- León, J. A., Anaya-García, A., Hernández- Vivar, L., Jiménez- Huerta, J., Fragozo- Sandoval, F., & Hernández - Aldana, F. J. (2019). Estudio clínico factorial del riesgo de muerte fetal tardía en el Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 86(3), 116-124. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89506>

Menor Cotrina, R. s. (2023). Desprendimiento prematuro de placenta - óbito fetal en el Instituto Nacional Materno Perinatal - 2022. *Trabajo académico para optar el Título de especialista en Riesgo Obstétrico*. Universidad Norbet Wiener, Lima. Obtenido de <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9089>

Patiño G., R. J. (2022). Factores de riesgo asociados a óbito fetal. Servicio de sala de partos hospital universitario "Antonio Patricio de Alcalá" (HUAPA) . Estado Sucre. Abril - Octubre 2021. *Trabajo Especial de Investigación como requisito parcial para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia*. Universidad de Oriente, Sucre. Obtenido de <http://ri2.bib.udo.edu.ve:8080/jspui/handle/123456789/5266>

Pazmiño Salavarría, F. J., & Manzano Gallegos, L. A. (2019). Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal por óbito. *Trabajo de titulación de grado previo a la obtención del Título de licenciatura en enfermería*. Universidad Estatal de Milagro, Guayas. Obtenido de <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4714/3/FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADOS%20A%20MORTALIDAD%20FETAL%20POR%20%20C3%93BITO.pdf>

Rodríguez Plasencia, A., & Patín Ibarra, J. (2022). Incidencia de factores de riesgos asociados al óbito fetal en embarazadas atendidas en el Hospital General Ambato IESS. *Artículo científico previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería*. Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato. Obtenido de <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15005>

Rojas Teodoro, S. S. (2021). Factores Maternos asociados al óbito fetal. *Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Obstetricia*. Universidad Norbert Wiener, Lima. Obtenido de https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5007/T061_48340320_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Salas Paredes, A. C. (2020). Factores de riesgo asociados al Óbito fetal en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo 2013-2018. *Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia*. Universidad Alas Peruanas, Pucallpa. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12990/9976>
- Serafim , T., Camilo, B., Carizani, M., Gervasio, M., Carlos, D., & Salim, N. (2021). Atensão à mulher em situação de óbito fetal intrauterino: vivências de profissionais da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200249. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200249>
- Tavares, B., Lirman, J., Silveira, M., Jatobá, D., Jatobá de Hollanda, L., Barbosa de Matos, L., . . . dos Santos Bontempo, A. P. (2022). Atuação da equipe multiprofissional na assistência à mulher perante o óbito fetal: uma revisão integrativa. *Revista Electrónica Acervo Saúde*, 15(3), e9880. doi:<https://doi.org/10.25248/reas.e9880.2022>
- Tokoro, S., Koshida, s., Tsuji, S., Katsura, D., Ono, T., Murakami, T., & Takahashi, K. (2023). Insufficient antenatal identification of fetal growth restriction leading to intrauterine fetal death: a regional population- based study in Japan. *The journal of Maternal - fetal & neonatal medicine*, 36(1). doi:DOI: 10.1080/14767058.2023.2167075
- Vega Acosta, B. A. (2023). Gestante con diagnóstico de óbito fetal. *Para optar el Título de Segunda Especialidad en Salud reproductiva con mención en Salud Materno Perinatal y salud Pública*. Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua. Obtenido de <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2052>

IX. REFERENCIALES

9.1. Anexo 01: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	JUSTIFICACIÓN	METODOLOGIA	INSTRUMENTO
<p>Formulación del Problema:</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existen factores de riesgo asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre</p>	<p>Siendo la hipertensión una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, latinoamericano y nacional y ocasionando además la gran mayoría de AVISA lo que genera un gran costo a la población se vio por conveniente estudiar el nivel de conocimiento y</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>Cuantitativo, observacional, analítico, tipo de casos y controles</p> <p>Nivel de Investigación:</p> <p>Descriptivo - analítico</p> <p>Diseño de Investigación:</p> <p>Retrospectivo.</p> <p>Población: Pacientes cuyos partos fueron</p>	<p>Ficha de recolección de datos donde se consideró las variables en estudio</p>

<p>Variables:</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Óbito fetal</p> <p>Bases Teóricas</p> <p>Factores de riesgo.</p> <p>Dentro de los factores de riesgo tenemos los factores de riesgo preconceptionales, gestacionales, relacionados al parto y fetales.</p>	<p>entre enero 2019 a diciembre 2022.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar los factores preconceptionales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido</p>	<p>enero 2019 a diciembre 2022.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Existe relación entre los factores preconceptionales y óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido</p>	<p>práctica del paciente hipertenso para así poder prevenir las complicaciones es así que los resultados del estudio proporcionaran estadística básica sobre el conocimiento y las prácticas de autocuidados en el paciente hipertenso, lo que permitirá proponer estrategias educativas orientadas a las prácticas de</p>	<p>atendidos en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo enero 2019 a diciembre 2022.</p> <p>Muestra: La muestra estará conformada por 162 pacientes.</p> <p>Casos: Aquellas gestantes con óbito fetal atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Militar Central</p>	
--	---	--	--	--	--

<p>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</p>	<p>entre enero 2019 a diciembre 2022</p> <p>Determinar los factores gestacionales asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022</p>	<p>enero 2019 a diciembre 2022.</p> <p>Existe asociación entre los factores gestacionales y óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.</p>	<p>autocuidado, de esta manera permitirá la prevención de complicaciones que genera la hipertensión arterial.</p>	<p>en el periodo enero 2019 diciembre 2022.</p> <p>Controles: Aquellas gestantes cuyos partos tuvieron recién nacidos vivos y fueron atendidos en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Militar Central en el periodo enero 2019 diciembre 2022.</p>	
--	---	--	---	---	--

	<p>Identificar los factores del parto asociados a óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022</p> <p>Determinar los factores fetales asociados a óbito fetal</p>	<p>Existe asociación entre los factores del parto y óbito fetal en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.</p> <p>Existe asociación entre los factores fetales y óbito fetal en pacientes atendidas en el</p>			
--	--	---	--	--	--

	en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.	servicio de gineco-obstetricia del Hospital Militar Central durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022.			
--	--	---	--	--	--

9.2.Anexo 02: Operacionalización de variables

Variable 01: Factores de riesgo

Variables	Dimensiones	Definición conceptual	Valores	Criterio medición	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES	Edad	Tiempo de vida	14 a 50 años	Edad en años cumplidos	Cuantitativa continua	Nominal	Ficha de recolección de datos
	Estado civil	Estado marital	Soltera, Conviviente, Casada, Viuda, separada	Estado marital durante el embarazo.	cualitativa	Nominal	
	Grado de instrucción	Nivel de educación	Ninguno, Primaria Secundaria, Superior	Nivel de educación señalado en historia C.	Cualitativa ordinal	Nominal	
	Paridad	Número de hijos	Menor de 4 gestaciones Mayor o igual de 4 gestaciones	Múltipara	Cuantitativa	razón	
	Antecedente de óbito	Muerte fetal intrauterina	Si No	Antecedente	Dicotómica	Nominal	

	Periodo intergenésico normal	Tiempo transcurrido entre 2 embarazos (ultimo y actual)	Si: Menor de 2 años No: Mayor igual 2 años	Años	cualitativa	Nominal	
	Antecedentes patológicos, comorbilidades	Enfermedades maternas que constituye antes y durante de la gestación	Si / No	Anemia, ITU, HTA, diabetes, etc.	Cualitativa	Nominal	
FACTORES DE RIESGO GESTACIONALES	Ganancia de Peso de la gestante	Cantidad de peso ganado durante el embarazo	Menor de 7 Kg Mayor o igual 7Kg	Peso en Kg	Cuantitativa continúa	razón	Ficha de recolección de datos
	Control prenatal	Control del embarazo	Si: mayor igual a 6 controles No: menor de 6 controles	Controlada No controlada	Cuantitativa	razón	

	Antecedentes patológicos, comorbilidades	Enfermedades maternas que se constituye durante la gestación	Si / No	Anemia, ITU, Preeclampsia, diabetes, etc.	Cualitativa	Nominal	
FACTORES DE RIESGO FETALES	Edad gestacional	Edad gestacional por FUR o primera ecografía	Semanas	Tiempo de gestación en semanas desde la FUR confirmado por Capurro	Cuantitativa continúa	Razón	Ficha de recolección de datos
	Peso fetal	Cantidad de peso	Gramos	Peso en gramos obtenido al momento de nacer	Cuantitativa continúa	razón	
	Sexo	Género	Femenino Masculino	Sexo determinado por examen físico	Cualitativa	nominal	

	Malformaciones congénitas y genéticas fetales	Presencia de malformación en algún órgano	Sí, no	Cardiaca, pulmonar, ósea etc.	cualitativa	Nominal	
--	--	---	--------	-------------------------------	-------------	---------	--

Variable 02: Óbito fetal

Óbito fetal	Definición conceptual	Valores	Criterio medición	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento
Óbito fetal	Es la defunción del producto de la concepción antes de su expulsión o separación completa del cuerpo de la madre	Menos de 500 gr 500 -1000 gr 1000 gr a mas	Óbito temprano Óbito intermedio Óbito tardío	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos

9.3. Anexo 03: Ficha técnica de recolección de datos (Instrumento)

N.º de Ficha:.....

Casos () Controles ()

Datos generales:

- Edad materna: ____ años.
- Estado civil: _____
- Grado de instrucción: _____
- Ocupación: _____

Factores preconcepcionales:

Antecedentes patológicos:

- Hipertensión arterial crónica: ____
- Hipertensión gestacional: ____
- Preeclampsia: ____
- Eclampsia: ____
- Restricción de crecimiento intrauterino: ____
- Corioamnionitis: ____.
- Desprendimiento prematuro de placenta: ____
- Cervicovaginitis: ____
- Oligohidramnios: ____
- Polihidramnios: ____
- RPM: ____
- Anemia: ____
- Infección de vías urinarias: ____
- Diabetes mellitus: ____
- Otro(s): ____
- Ninguno: ____

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Paridad: _____
- Período intergenésico: ____
- Antecedente de óbitos en gestaciones anteriores: ____

Factores del embarazo:

- Peso previo al embarazo: ____ kg.
- Peso ganado durante el embarazo: ____ kg.
- Edad gestacional: ____
- Control prenatal: ____

Patologías del embarazo:

- Anemia: ____
- Infección de vías urinarias: ____
- HTA: ____
- Asma: ____
- DM: ____
- Epilepsia: ____
- Otra(s): ____

Factores fetales:

- Peso fetal: ____ kg.
- Sexo fetal: ____
- Edad gestacional (Capurro): ____ sem.
- Malformaciones fetales: ____

9.4. Anexo 04: Solicitud de permiso

SUMILLA: SOLICITO
INFORMACION
ESTADISTICA PARA
REALIZACION DE TESIS
UNIVERSITARIA

SR. GENERAL DE BRIGADA

DR JOSE CABREJOS MARTINEZ

GENERAL DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LUIS ARIAS SCHREIBER

SD:

MERCADO BENEL SHEYLA MAGALLY identificada con **DNI° 70440311**
Y CODIGO UNIVERSITARIO 2008010662, número telefónico 995 952 554, correo
electrónico 2008010662@unfv.edu.pe bachiller en medicina de la Facultad de medicina
"Hipólito Unanue", Universidad Nacional Federico Villarreal con el debido respeto me
presento y digo:

Que por convenir a mi derecho y amparado en el artículo 2 inc. 20° de la
constitución política del Perú y el amparo del derecho a la información pública, solicito
se me permita obtener el acceso a la información del área de estadística del Hospital
Militar Central Luis Arias Schreiber para así poder recolectar los datos de las historias
clínicas y ejecutar de esta manera mi proyecto de tesis titulado "**FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS A OBITO FETAL EN EL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL 2019-2022**".

Por lo tanto:

Solicito acceder a lo peticionado por ser justicia que espero alcanza.

Lima, 01 de setiembre del 2023

Mercado Benel Sheyla

Dni° 70440311

HOSPITAL MILITAR CENTRAL OFICINA POSTAL	
FECHA: 01 SEP 2023	
HORA: 08:05	N° REG: 9855
FIRMA:	

9.5.Anexo 05: Validación del instrumento

CERTIFICADO DE VALIDEZ

- I. **DATOS GENERALES:**
1. Apellidos y Nombres del validador: Dra. Ninahuanca Flores, Cristina Levi
 2. DNI: 45758459
 3. Teléfono: 921 546 468
 4. Grado académico: Doctor
 5. Institución donde labora: CENTRO DE SALUD – JESUS PODEROSO
 6. Profesión del validador: ESPECIALISTA (RNE: 027753)
 7. Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas
 8. Título de la tesis: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A OBITO FETAL EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2019-2022"
 9. Autor del instrumento: Mercado Benel Sheyla Magally
- II. **ASPECTOS DE VALIDACIÓN:** Marcar con una X según su evaluación

INDICADORES	CRITERIOS	Puede mejorar	Cumple
1. Claridad	Esta formado con lenguaje científico, técnico propio del estudio del fenómeno a estudiar.		X
2. Objetividad	La realidad del fenómeno esta analizado tal cual es, minimizando algún tipo de sesgo.		X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.		X
4. Suficiencia	Considera suficientes factores y / o aspectos necesarios para analizar el fenómeno observado		X
5. Intencionalidad	Orientado al fenómeno específico estudiado.		X
6. Consistencia	Fundamentado en teorías, protocolos ya estandarizados.		X
7. Coherencia	Existe una lógica en la secuencialidad en los pasos a seguir al analizar el fenómeno		X
8. Metodología	La estrategia planteada en el instrumento responde al propósito del diagnóstico		X
9. Pertinencia	El instrumento es funcional para el propósito de la investigación		X

OPCIÓN DE APLICABILIDAD QUE CUMPLA COMO MÍNIMO CON 6 CRÉDITOS

Marque con una X

APLICABLE	X	APLICABLE DESPUÉS DE MEJORAR	NO APLICABLE

MINISTERIO DE SALUD
 DIRIS LIMA SUR
 C. JESUS PODEROSO

 MG. Cristina Ninahuanca Flores
 MEDICO JEFE
 MPR 24013

9.6. Anexo 06: Tablas estadísticas

Tabla 5

Prevalencia de factores sociodemográficos de gestantes atendidas en el Hospital Militar Central entre 2019 y 2022.

		Casos		Controles		Total	%
		N	%	N	%		
Edad materna	<19 años	16	30%	19	18%	35	22%
	19 - 24 años	2	4%	16	15%	18	11%
	25 - 29 años	1	2%	19	18%	20	12%
	30 - 34 años	1	2%	19	18%	20	12%
	35 - 39 años	34	63%	35	32%	69	43%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Estado civil	Casada	11	20%	37	34%	48	30%
	Conviviente	2	4%	26	24%	28	17%
	Separada	2	4%	4	4%	6	4%
	Soltera	35	65%	38	35%	73	45%
	Viuda	4	7%	3	3%	7	4%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Grado de instrucción	Primaria	36	67%	23	21%	59	36%
	Secundaria	0	0%	33	31%	33	20%
	Superior	18	33%	52	48%	70	43%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Ocupación	Abogada	4	7%	8	7%	12	7%
	Ama de casa	36	67%	23	21%	59	36%
	Enfermera	5	9%	6	6%	11	7%
	Ingeniera	0	0%	11	10%	11	7%
	Militar	8	15%	27	25%	35	22%
	Oficina	0	0%	20	19%	20	12%
	Policía	1	2%	0	0%	1	1%
	Tienda	0	0%	13	12%	13	8%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%

Nota. Elaboración propia

Tabla 6

Prevalencia de factores preconceptionales de gestantes atendidas en el Hospital Militar Central entre 2019 y 2022.

		Óbito fetal					
		Casos		Controles		Total	%
		N	%	N	%		
Múltipara	No	28	52%	87	81%	115	71%
	Si	26	48%	21	19%	47	29%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Periodo intergenésico corto	No	20	37%	48	44%	68	42%
	Si	34	63%	60	56%	94	58%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Antecedente óbito	No	47	87%	105	97%	152	94%
	Si	7	13%	3	3%	10	6%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
HTA crónica	No	41	76%	100	93%	141	87%
	Si	13	24%	8	7%	21	13%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Preeclampsia	No	33	61%	96	89%	129	80%
	Si	21	39%	12	11%	33	20%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Eclampsia	No	33	61%	101	94%	134	83%
	Si	21	39%	7	6%	28	17%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
RCIU	No	47	87%	102	94%	149	92%
	Si	7	13%	6	6%	13	8%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
DM2	No	47	87%	100	93%	147	91%
	Si	7	13%	8	7%	15	9%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
IVU	No	32	59%	89	82%	121	75%
	Si	22	41%	19	18%	41	25%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Anemia	No	44	81%	97	90%	141	87%
	Si	10	19%	11	10%	21	13%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
RPM	No	34	63%	84	78%	118	73%
	Si	20	37%	24	22%	44	27%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Polihidramnios	No	50	93%	106	98%	156	96%
	Si	4	7%	2	2%	6	4%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Corioamnionitis	No	40	74%	97	90%	137	85%

	Si	14	26%	11	10%	25	15%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Oligohidramnios	No	33	61%	91	84%	124	77%
	Si	21	39%	17	16%	38	23%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Cervicovaginitis	No	32	59%	86	80%	118	73%
	Si	22	41%	22	20%	44	27%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
DPP	No	32	59%	93	86%	125	77%
	Si	22	41%	15	14%	37	23%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%

Nota. Elaboración propia

Tabla 7

Prevalencia de factores gestacionales de gestantes atendidas en el Hospital Militar Central entre 2019 y 2022.

Factores gestacionales		Casos		Controles		Total	%
		N	%	N	%		
Ganancia ponderal	3 a 5 kg	35	65%	0	0%	35	22%
	6 a 8 kg	16	30%	76	70%	92	57%
	9 a 11 kg	3	6%	32	30%	35	22%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Controles prenatales	Adecuado	21	39%	95	88%	116	72%
	Deficiente	33	61%	13	12%	46	28%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Anemia	No	45	83%	102	94%	147	91%
	Si	9	17%	6	6%	15	9%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Infección de vías urinarias	No	39	72%	96	89%	135	83%
	Si	15	28%	12	11%	27	17%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Preeclampsia	No	34	63%	93	86%	127	78%
	Si	20	37%	15	14%	35	22%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Asma	No	48	89%	99	92%	147	91%
	Si	6	11%	9	8%	15	9%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Diabetes mellitus gestacional	No	49	91%	102	94%	151	93%
	Si	5	9%	6	6%	11	7%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Epilepsia	No	50	93%	105	97%	155	96%
	Si	4	7%	3	3%	7	4%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%

Nota. Elaboración propia

Tabla 8

Prevalencia de factores fetales de gestantes atendidas en el Hospital Militar Central entre 2019 y 2022.

Factores fetales		Óbito fetal					
		Si	%	No	%	Total	%
Edad gestacional (Capurros)	<28 semanas	35	65%	28	26%	63	39%
	> 28 semanas	19	35%	80	74%	99	61%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Peso fetal	<500 gr	0	0%	0	0%	0	0%
	500 - 1000 gr	27	50%	0	0%	27	17%
	> 1000 gr	27	50%	108	100%	135	83%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Malformaciones fetales	No	45	83%	99	92%	144	89%
	Si	9	17%	9	8%	18	11%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%
Sexo fetal	Femenino	11	20%	44	41%	55	34%
	Masculino	43	80%	64	59%	107	66%
	Total	54	100%	108	100%	162	100%

Nota. Elaboración propia