

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POSGRADO
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA



FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL DE
USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO
MARÍA, HUÁNUCO, 2022

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD
TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

TESISTA: PEREZ TARAZONA MAGALY

ASESOR: DRA. CHAMORRO GUERRA MARIBEL SELMA

HUÁNUCO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A don Darwin Pérez García y
Licé Tarazona Villanueva, mis amados
padres, por todo el sacrificio en bien de
sus hijas.

AGRADECIMIENTO

A mis hermanas Vanessa y Gladys Pérez Tarazona,
que siempre están impulsándome para ser cada día mejor y
lograr mis objetivos.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo, determinar los factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022. La metodología del estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo transaccional y diseño descriptivo correlacional. La muestra 15 historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022. La técnica para el recojo de información fue el análisis documental y el instrumento fue la ficha de trabajo. De los resultados respecto al tipo de muerte fetal, se encontró que el 87% tuvieron muerte fetal tardía mayor a 28 semanas y el 13% tuvieron muerte fetal intermedia de 22 a 27 semanas; respecto a la categoría de la causa básica de muerte, se encontró que el 67% tenían categoría perinatal, el 27% tenían categoría infección y el 7% tenían categoría ascitis fetal. El resultado del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo $p < 0.05$, nos indica que existe correlación significativa entre las variables muerte fetal y factor de riesgo y como $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (H_0) y se acepta la Hipótesis de Investigación (H_1).

Palabras clave: Muerte fetal, factor de riesgo, Hospital Tingo María.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the factors associated with the fetal death of users treated at the Tingo María Hospital, Huánuco, 2022. The study methodology was quantitative, transactional and descriptive correlational design. The sample is 15 clinical histories of fetal deaths from the Hospital de Tingo María, which occurred during 2022. The technique for collecting information was documentary analysis and the instrument was the work sheet. From the results regarding the type of fetal death, it was found that 87% had late fetal death greater than 28 weeks and 13% had intermediate fetal death from 22 to 27 weeks; Regarding the category of the basic cause of death, it was found that 67% had the perinatal category, 27% had the infection category, and 7% had the fetal ascitis category. The result of the inferential analysis, a probability value of $p=0.000$ was obtained and being $p<0.05$, it indicates that there is a significant correlation between the variables fetal death and risk factor and as $p<0.05$, then we reject the null hypothesis (H_0) and the Research Hypothesis (H_1) is accepted.

Keywords: Fetal death, risk factor, Hospital Tingo María.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
INTRODUCCIÓN.....	XI
CAPÍTULO I. ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Fundamentación del problema.....	13
1.2 Justificación e importancia de la investigación.....	16
1.2.1 Justificación Teórica	16
1.2.2 Justificación Practica.....	16
1.2.3 Justificación metodológica	16
1.3 Viabilidad de la investigación.....	17
1.4 Formulación del problema	17
1.4.1 Problema general	17
1.4.2 Problemas específicos	17
1.5 Formulación de objetivos.....	18
1.5.1 Objetivo general	18
1.5.2 Objetivos específicos.....	18
CAPÍTULO II. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	18
2.1 Formulación de las hipótesis.....	18
2.1.1 Hipótesis general	18
2.1.2 Hipótesis específicas	18
2.2 Operacionalización de variables	19
2.3 Definición operacional de las variables.....	22

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO.....	23
3.1 Antecedentes de investigación	23
3.2 Bases teóricas	31
3.2.1 Muerte fetal	31
3.2.2 Clasificación de muertes fetales de acuerdo con el tiempo de gestación	31
3.2.3 Factores de riesgo	32
3.3 Bases conceptuales	38
3.3.1 Mortalidad Perinatal (TMP)	38
3.3.2 Riesgo materno.....	39
3.3.3 Antecedentes obstétricos	39
3.3.4 Muerte fetal	39
CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO	40
4.1 Ámbito.....	40
4.2 Tipo y nivel de investigación	40
4.2.1 Tipo	40
4.2.2 Nivel	40
4.3 Población y muestra	40
4.3.1 Descripción de la población	40
4.3.2 Muestra y método de muestreo	41
4.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	41
4.4 Diseño de investigación.....	42
4.5 Técnicas e instrumentos	42
4.5.1 Técnicas.....	42
4.5.2 Instrumentos	42
4.5.2.1 Validación de los instrumentos para la recolección de datos	42
4.5.2.2 Confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos.....	43
4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos	43

4.6.1 Procesamiento	43
4.6.2 Análisis Descriptivo	43
4.7 Aspectos éticos	44
CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	45
5.1 Análisis descriptivo.....	45
5.2 Análisis inferencial y/o contrastación de hipótesis.....	62
5.3 Discusión de resultados	67
5.4 Aporte científico de la investigación	77
CONCLUSIONES	78
SUGERENCIAS	83
REFERENCIAS	84
ANEXOS	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de la madre con muerte fetal.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2. Grado de Instrucción de la madre gestante con muerte fetal	46
Tabla 3. Lugar de procedencia de la madre gestante con muerte fetal	47
Tabla 4. Ocupación de la madre gestante con muerte fetal.....	48
Tabla 5. Estado Civil de la madre gestante con muerte fetal	49
Tabla 6. Número de partos anteriores de la madre gestante con muerte fetal	50
Tabla 7. IMC de la madre gestante con muerte fetal 27 a la semana 40.....	51
Tabla 8. Edad gestacional del feto en semanas	52
Tabla 9. Sexo del feto.....	53
Tabla 10. Peso fetal (feto fallecido) en gramos.....	54
Tabla 11. Talla fetal (feto fallecido) en centímetros	55
Tabla 12. Tipo de muerte fetal	56
Tabla 13. Categoría de la causa básica de muerte.....	57
Tabla 14. Antecedentes Obstétricos.....	58
Tabla 15. Riesgo Materno	60
Tabla 16. Relación Muerte Fetal y Factor de Riesgo. ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 17. Relación Muerte Fetal y las Características sociodemográficas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 18. Relación Muerte Fetal y Antecedentes obstétricos	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 19. Relación Muerte Fetal y el Riesgo Materno	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 20. Relación Muerte Fetal y los factores clínicos	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Edad de la madre con muerte fetal.....	45
Ilustración 2. Grado de Instrucción de la madre gestante con muerte fetal	46
Ilustración 3. Lugar procedencia de la madre gestante con muerte fetal	47
Ilustración 4. Ocupación de la madre gestante con muerte fetal.....	48
Ilustración 5. Estado Civil de la madre gestante con muerte fetal	49
Ilustración 6. Número de partos anteriores de la madre gestante con muerte fetal	50
Ilustración 7. IMC de la madre gestante con muerte fetal 27 a la semana 40.....	51
Ilustración 8. Edad gestacional del feto en semanas	52
Ilustración 9. Sexo del feto.....	53
Ilustración 10. Peso fetal (feto fallecido) en gramos.....	54
Ilustración 11. Talla fetal (feto fallecido) en centímetros	55
Ilustración 12. Tipo de muerte fetal	56
Ilustración 13. Categoría de la causa básica de muerte.....	57
Ilustración 14. Antecedentes Obstétricos.....	59
Ilustración 15. Riesgo Materno	61
Ilustración 16. Relación Muerte Fetal y Factor de Riesgo.....	62
Ilustración 17. Relación Muerte Fetal y las Características sociodemográficas	63
Ilustración 18. . Relación Muerte Fetal y Antecedentes obstétricos ¡Error! Marcador no definido.	
Ilustración 19. Relación Muerte Fetal y el Riesgo Materno	65
Ilustración 20. Relación Muerte Fetal y los factores clínicos	66

INTRODUCCIÓN

La muerte perinatal es una de las experiencias más dolorosas que puede enfrentar una familia. Este término se refiere a la pérdida de un bebé durante el embarazo a partir de las 20 semanas de gestación, o durante el parto. La importancia de la muerte perinatal para la vida de las personas y la comunidad investigadora es significativa, a que puede tener un impacto duradero en la salud mental y física de la familia, y en la comprensión de la medicina sobre la gestación y el parto.

El periodo y la calidad de la gestación perinatal, tiene influencia directa en la salud física, neurológica y mental del ser humano, que en muchos casos condiciona su futuro. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020), refiere que la mortalidad perinatal ligada al embarazo y parto, constituyen más del 50% de la mortalidad infantil; en el Perú Instituto Peruano de estadísticas (2020) nos refiere que es alrededor del 56%.

El (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019), en su informe nos refiere que en el mundo cada 16 segundos, se produce una muerte fetal, o alrededor de dos millones de bebés que nacen muertos anualmente, que en su mayoría podrían evitarse con una efectiva atención durante el embarazo y el parto.

Entre las cifras más relevantes la UNICEF, menciona que:

La tasa de mortalidad fetal mundial es que de uno de cada 72 bebés nace muerto.

En los últimos 20 años, alrededor de 48 millones de bebés nacieron muertos.

Más de 40% de las muertes fetales ocurren durante el parto.

Además, la muerte perinatal es un tema importante para la comunidad investigadora y los profesionales de la salud. La investigación sobre la muerte perinatal puede ayudar a comprender las causas de la muerte y desarrollar medidas preventivas. También puede ayudar a mejorar los protocolos de atención médica y el apoyo emocional para las familias que experimentan la muerte perinatal.

Esta realidad, nos motiva a realizar el presente trabajo de investigación denominado “Factores relacionados a muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital

Tingo María, Huánuco, 2022”, con el objetivo de determinar los factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, utilizando información real del Hospital Tingo María, todo ello bajo el enfoque de riesgo y determinación del valor predictivo.

En tal sentido, el estudio se organizó en cinco capítulos.

En el primer Capítulo I, comprende fundamentación del problema, justificación, viabilidad, problemas y objetivos.

En el Capítulo II, se presenta el sistema de hipótesis, el cual incluye la formulación, operacionalización de variables y definición operacional de variables.

En el Capítulo III, se presenta el marco teórico, el cual incluye los antecedentes del problema de investigación, las bases teóricas para el sustento de dicho tema y las definiciones conceptuales.

El Capítulo IV, que está compuesto por toda la metodología de investigación, como el ámbito, tipo y nivel, población y muestra, diseño de la investigación, las técnicas e instrumentos, validación y confiabilidad de los instrumentos.

En el Capítulo V, se presentan los resultados que se obtuvieron en la investigación con sus respectivas comprobaciones de hipótesis, discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I. ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema

La muerte de un feto es un acontecimiento traumático para padres, familia y entorno social, frente a ello es necesario el apoyo y la comprensión de los profesionales que tienen la dura tarea de atender y tratar de mejorar la evolución del duelo, para evitar el desarrollo de alguna patología psicológica o social como efecto de la experiencia traumática.

El (Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal del Ministerio de Salud [SSVEPN, MINSA], 2009), nos refiere que la Muerte Perinatal, denominada también como muerte intra o extrauterina de un producto de la concepción, se considera desde las 22 semanas o 154 días de gestación, hasta los 7 días completos después del nacimiento, o su equivalente en peso igual o mayor a 500 gramos o talla de 25 cm o más de la coronilla al talón. En abril del 2009 se aprobó la (Norma Técnica Sanitaria 078-MINSA/DGE, 2009), “Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal” y que detalla las pautas para la vigilancia de la mortalidad fetal y neonatal, para ello se ha implementado en la Red Nacional de Epidemiología, la notificación de las defunciones semanalmente y de carácter obligatorio en los establecimientos de salud del país, con el objetivo de vigilar y determinar la magnitud, tendencias y causas de la mortalidad perinatal y neonatal, para tener hallazgos de enfermedades o eventos y su incidencia en la salud pública nacional.

La Norma Técnica Sanitaria 078-MINSA/DGE “Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal”, indica que, para realizar el análisis de la información de cualquier nivel, esta se realizará con el método BABIES traducido al castellano sería: Cajas de peso al nacer y edad de muerte para un sistema de intervención y evaluación. Este método

es adaptable y usa dos variables entre ellos la edad del feto o recién nacido al morir y su peso.

El (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2019), en su informe nos refiere que en el mundo cada 16 segundos, se produce una muerte fetal, o alrededor de dos millones de bebés que nacen muertos anualmente, que en su mayoría podrían evitarse con una efectiva atención durante el embarazo y el parto.

Entre las cifras más relevantes la UNICEF, menciona que:

La tasa de mortalidad fetal mundial es que uno de cada 72 bebés nace muerto.

En los últimos 20 años, alrededor de 48 millones de bebés nacieron muertos.

Más de 40% de las muertes fetales ocurren durante el parto.

Alrededor de la mitad del total de las muertes fetales tiene lugar en seis países: India, Pakistán, Nigeria, República Democrática del Congo, China y Etiopía, por orden de incidencia (de la más alta a la más baja).

De media, el riesgo de que se produzca una muerte fetal es siete veces mayor en los países de ingresos bajos (22,7 muertes fetales por cada 1.000 nacimientos) que en los países de ingresos altos (3 muertes fetales por cada 1.000 nacimientos).

La desigual incidencia de la mortalidad fetal entre los países también se observa dentro de los propios países. La tasa de muertes fetales es más elevada en las zonas rurales que en las urbanas, mientras que el nivel socioeconómico bajo también se asocia a una mayor incidencia de la mortalidad fetal.

Las minorías étnicas de los países de altos ingresos pueden encontrar dificultades para acceder a una atención médica de calidad. Por ejemplo, en las poblaciones inuit de Canadá se han observado tasas de mortalidad fetal casi tres veces más altas que las del resto del país. Por otro lado, las mujeres afroamericanas de los Estados Unidos tienen casi el doble de riesgo de que sus bebés nazcan muertos que las mujeres blancas.

(Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] 2020), nos refiere que varios de los factores de riesgo de mortalidad infantil, especialmente durante el período perinatal y neonatal, se relacionan directamente con la salud sexual

y reproductiva de la madre. Los niños cuya madre es adolescente en particular menor de 18 años o mayor de 40 años, o cuyo nacimiento está poco distanciado del anterior, tienen mayores probabilidades de morir. Estos factores de riesgo son más frecuentes cuando la fecundidad es elevada o el acceso a servicios de planificación familiar es escaso.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Fetal y Neonatal (2009), dio a conocer que el año 2020 se notificaron 5383 defunciones de las cuales 2971 fueron fetales y 2412 neonatales.

Se evidencia una reducción del 20% en las notificaciones neonatales para el año 2020 con respecto al 2019, descenso muy cercano al registrado por el SINADEF (18%) en el año 2020.

Wojcieszek et. al. (2020), nos menciona que la mediana de la edad gestacional al momento del deceso fetal con restricción de crecimiento fue de 28 semanas.

En la actualidad, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Fetal y Neonatal, realiza el reporte nacional y local, donde se obtiene la tasa relativa respecto a todas las muertes perinatales provenientes de cuatro (04) áreas, entre ellos Salud materna, Cuidado durante el embarazo, Cuidado durante el parto y Cuidado del recién nacido. Toda esa información sistematizada, nos ayudará a entender y resolver mejor dicha problemática.

En la ciudad de Tingo María, como en otras ciudades del país, la mortalidad fetal evitable se incrementó, así tenemos que, en el departamento de La Libertad, en Lima Norte, e Ica, principalmente, donde se requiere reactivar la atención de gestantes y parturientas en los establecimientos de salud materno infantil; para seguir reduciendo las muertes perinatales y fortaleciendo las capacidades de resolución de emergencias obstétricas.

1.2 Justificación e importancia de la investigación

1.2.1 Justificación Teórica

La muerte fetal por su incidencia, así como su amplitud geográfica y por la estela de dolor que genera a la madre y familiares se considera un problema de salud pública; es por ello que el presente trabajo de investigación logró evidenciar la relación que existe entre la muerte fetal y los factores endógenos y exógenos que influyen en los decesos fetales, con la finalidad de que estos resultados contribuyan a sensibilizar y mitigar dichos decesos conllevando a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

1.2.2 Justificación Practica

De acuerdo con el estudio, los resultados obtenidos permitirán mejorar el planteamiento de estrategias de salud preventiva y diversas actividades como sesiones educativas que serán dirigidas a la población en general, sobre factores endógenos y exógenos que influyen en los decesos fetales.

1.2.3 Justificación metodológica

En este estudio se logró señalar la relación que existe entre las muertes fetales y los factores de riesgo, asimismo sirve como base de conocimiento a la comunidad científica e investigadora para estudios de investigación de mayor nivel y profundidad.

1.2.4 Justificación social

Los hallazgos obtenidos en el presente trabajo de investigación se ponen a disposición para poder mejorar las estrategias asistenciales, así como mejorar la percepción de las madres y futuras madres a cerca de la necesidad de llevar un genuino control prenatal y reducir los factores de riesgo que conlleven a una

muerte fetal cambiando patrones sociales de comportamiento y hábitos para lograr disminuir las cifras de muertes fetales en la ciudad de Tingo María.

1.3 Viabilidad de la investigación

La presente investigación fue viable, porque se contó con el acceso a los historiales clínicos de las pacientes a fin de determinar aspectos sociales y a la vez corroborar nuestra hipótesis. Además, se contó con los recursos logísticos, económicos necesarios y suficientes para el desarrollo de la investigación.

1.4 Formulación del problema

1.4.1 Problema general

¿Cuáles son los factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?

1.4.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?
2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?
3. ¿Cuáles son los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?
4. ¿Cuáles son los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?

1.5 Formulación de objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.
2. Identificar los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.
3. Identificar los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.
4. Identificar factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

CAPÍTULO II. SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.1 Formulación de las hipótesis

2.1.1 Hipótesis general

Hi: Existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Ho: No existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

2.1.2 Hipótesis específicas

Hi₁: Si influyen las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Ho₁: No influyen las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

- Hi₂: Si influyen los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.
- Ho₂: No influyen los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.
- Hi₃: Si influyen los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.
- Ho₃: No influyen los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.
- Hi₄: Si influyen los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.
- Ho₄: No influyen los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

2.2 Operacionalización de variables

Variable 1	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Muerte Fetal	Diagnóstico de Muerte Fetal	Número de casos	Historia clínica

Variable 2	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Factor de Riesgo	Antecedentes obstétricos	Número de casos	Historia clínica
	Riesgo Materno	Número de casos	

	Riesgos Clínicos fetales	Número de casos	
--	-----------------------------	-----------------	--

Variables intervenientes	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Edad	Años de la madre	Años	Historia clínica
Grado de instrucción	Educación	Primaria Secundaria Superior	
Estado civil	Familiar	Casada Soltera Separada/divorciada Viuda	
Ocupación	Laboral	Dependiente Independiente	
IMC pregestacional	Corporal	Gramos grasa/cm ³	
Paridad	Corporal	Numero embarazos	
Hijos	Familiar	Número de hijos	

Familia	Familiar	Vive sola Vive con esposo e hijos Vive sola con hijos Vive con padres e hijos Vive con padre e hijos Vive con madre e hijos Vive con terceros	
---------	----------	---	--

2.3 Definición operacional de las variables

Variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional de la variable
Muerte Fetal	<p>La (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), señala que la muerte fetal es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual mayor a 500 gramos. La muerte fetal está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.</p>	<p>Se realizó a través de la técnica de análisis documental y como instrumento la ficha de trabajo.</p>
Factor de Riesgo	<p>Senado (1999), nos indica que un Factor de Riesgo, es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud.</p>	

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de investigación

3.1.1 Nivel Internacional

Trejo et. al. (chec2022), en la ciudad de México, desarrolló el trabajo de investigación denominada “Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados”. Dicha investigación tuvo como objetivo conocer el índice de muerte fetal tardía y los factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) en un periodo de dos años (2009-2010). Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal de 72 casos de muerte fetal tardía que se presentaron en el hospital de estudio en el periodo referido. Se obtuvo el registro de natalidad del periodo comprendido entre enero 2009 a diciembre 2010 y se determinó el índice de mortalidad fetal tardía. Se obtuvieron los factores de riesgo de cada caso mediante la recolección de los datos de forma directa con la madre y, posteriormente, se corroboraron con el expediente clínico. Resultados: El índice de mortalidad fetal tardía en este hospital en el periodo referido fue de 4.45 casos por 1,000 nacidos vivos; los factores de riesgo socioeconómicos predominantes fueron el nivel escolar secundaria y nivel económico medio. De los factores de riesgo obstétricos, la edad promedio de la madre fue de 25.5 años, se trató de madres multigestas (44.4%), con sobrepeso (48.6%), sin antecedentes de enfermedad sistémica y con un deficiente control prenatal con un promedio de cuatro consultas recibidas durante el embarazo. Con relación a los factores perinatales, se obtuvieron productos óbitos con peso bajo al nacer en un porcentaje alto (37.5%) con un peso promedio total de 2,208 g, prematuros en 47.2% y la característica patológica predominante de líquido amniótico fue el meconio en 30.6% El antecedente de circular a cuello fue de 33.3%, el sexo predominante fue el masculino (61.1%) y la vía de resolución del embarazo fue de 97.2% por vía vaginal. Conclusiones: Los

factores de riesgo que predominaron en las pacientes con caso de muerte intrauterina fueron el peso bajo para la edad gestacional, la prematurez y el deficiente control prenatal recibido, éstos reflejan la importancia de buscar estrategias en salud que permitan brindar un control prenatal de mayor calidad y con ello, la detección y tratamiento oportuno de entidades patológicas, tales como la restricción del crecimiento intrauterino altamente asociada a la muerte fetal y múltiples alteraciones neonatales.

Panduro et. al. (2011), desarrollo en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México, el trabajo de investigación “Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México”. Dicha investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y perinatales que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en embarazos mayores de 27 semanas. Método: De enero de 2004 a junio de 2009 en el Hospital Civil de Guadalajara, se realizó un estudio de casos y controles con 528 casos de muerte fetal de más de 27 semanas de gestación y 528 neonatos vivos cuyo nacimiento ocurrió inmediatamente después. Se comparó la frecuencia de diferentes variables maternas y fetales que en forma previa se han reportado asociadas a muerte fetal, por medio de χ^2 y prueba exacta de Fisher; se estimó la fuerza de asociación entre estas variables y muerte fetal con la razón de momios, con un intervalo de confianza del 95%. Resultados: De los factores de riesgo estudiados se asociaron con muerte fetal: edad materna mayor de 35 años, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones congénitas mayores del recién nacido. No se asoció con muerte fetal, el estado civil soltero, ser primigesta, tabaquismo, sexo masculino del feto, circular simple al cuello y macrosomía fetal. Conclusiones: De los factores de riesgo asociados con muerte fetal, resalta la atención prenatal deficiente que, de ser mejorada, podría

disminuir la fuerza de asociación de algunas de las otras variables que se asociaron a muerte fetal.

Ralda (2018), en la ciudad de Huehuetenango en Guatemala, desarrolló el trabajo de investigación para sustentar grado de Médico Cirujano en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, denominado “Caracterización de la mortalidad perinatal en el Hospital Nacional de Huehuetenango”. Dicha investigación tuvo como objetivo describir las características de la mortalidad perinatal en los mortinatos con edad gestacional mayor a 28 semanas, y en recién nacidos que murieron en los primeros 7 días de vida en el Hospital Nacional de Huehuetenango de enero a diciembre de 2017. Población y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado mediante un instrumento de recolección de datos diseñado por el investigador, tomando en cuenta los 186 casos registrados en la institución. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y proporciones. Resultados: Un total de 151 casos cumplieron los criterios de inclusión. El grupo de edad de las madres con más frecuencia de casos estuvo entre 20 y 24 años, con una mediana de 23 años, las enfermedades más frecuentes durante el embarazo con el 16.7% (25) fueron de tipo infecciosas, el 51.6% (78) de las madres tuvo un periodo intergenésico corto, dos terceras partes de los recién nacidos presentaron menos de 2499 gramos al nacer, el 45.7% (69) de las embarazadas no poseía ningún tipo de educación, el 85% (128) de los embarazos en el HNH no cumple con la cobertura de control prenatal adecuada y más de la mitad de las embarazadas estaban solteras. Conclusiones: Nueve de cada diez mujeres vivieron en un área rural durante el embarazo, dos terceras partes de las muertes perinatales nacieron antes de las 37 semanas y sepsis neonatal fue el diagnóstico de muerte con más frecuencia.

Romero et. al. (2018), en la ciudad de Granada, España, desarrollaron el trabajo de investigación denominado “¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo?; dicha investigación tuvo como objetivo, comprobar si existen

diferencias en estrés, síntomas psicopatológicos y variables fisiológicas durante el embarazo, entre embarazadas con IMC pregestacional normal e IMC pregestacional elevado. Métodos: han participado 156 mujeres embarazadas evaluadas longitudinalmente durante los tres trimestres de embarazo divididas en dos grupos: grupo con IMC pregestacional normal (n = 115) y grupo con IMC pregestacional elevado (n = 41). Se midieron niveles de estrés, síntomas psicopatológicos, hipertensión y glucosa. Resultados: los resultados mostraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en estrés específico del embarazo y en las subescalas del SCL-90-R: depresión, ideación paranoide y la escala de síntomas generales en el primer trimestre; en el segundo trimestre, en estrés específico del embarazo y subescalas (somatizaciones, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideación paranoide y en las escalas generales; y en estrés percibido) y las subescalas somatizaciones, ansiedad y en la escala SP en el tercer trimestre. También se encontraron diferencias entre ambos grupos en tensión arterial diastólica en el primer trimestre, y en tensión arterial sistólica y diastólica en el tercer trimestre. Conclusiones: el IMC pregestacional elevado se relaciona con mayor estrés psicológico y con síntomas psicopatológicos y fisiológicos durante el embarazo.

Moreno et. al. (2006), realizaron en Chile, el estudio titulado “Muerte Fetal In Útero: Etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile”, cuyo objetivo fue determinar la etiología y los factores maternos asociados de las muertes fetales intrauterinas. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las muertes fetales intrauterinas ocurridas desde las 20 semanas de gestación, cuyo parto fue atendido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Regional de Antofagasta en el periodo comprendido entre junio 2004 a junio 2006. Los datos se extrajeron del libro de ingresos de la unidad de partos, las historias clínicas de las pacientes, las auditorías de muerte fetal tardía y las autopsias realizadas. Los resultados fueron: Se encontraron 50 casos de muerte fetal después de las 20 semanas de gestación. De éstos, 33 fueron muertes fetales

tardías. De las embarazadas estudiadas 30,4% tenía entre 15 a 20 años, 61% eran multíparas, 11% consumió sustancias nocivas durante la gestación y 15% no controló su embarazo. Los óbitos ocurrieron 67,4% en domicilio. Las patologías maternas asociadas al embarazo con muerte fetal fueron: obesidad, preeclampsia, lúes serológica y *Streptococcus agalactiae*. La etiología fetal y ovular constituyó un 15 y 46% del total respectivamente. No se logró determinar la causa en 17% de los casos. Conclusión: La mayor cantidad de muertes fetales fueron tardías. Los óbitos se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de 15 a 20 años. Los factores asociados más importantes son potencialmente identificables: consumo de sustancias nocivas, embarazo no controlado, consulta tardía, y patologías maternas (obesidad, preeclampsia y TORCH), los cuales deberían ser diagnosticados y oportunamente tratados con un adecuado control prenatal.

Ovalle et. al. (2012), desarrollaron la investigación titulada “Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile”, que tuvo como objetivo conocer la mortalidad perinatal del parto prematuro y los factores de riesgo asociados, usando los datos perinatales clínicos, los resultados de laboratorio y los hallazgos patológicos del feto, neonato y placenta. Métodos: Estudio retrospectivo, cohorte de 407 nacimientos prematuros, únicos, entre 22.0 y 34.0 semanas de gestación. Se estudiaron las muertes fetales y neonatales hasta los 7 días de vida. Fallecieron 122 niños (64 muertes fetales y 58 neonatales), 78 tuvieron autopsia. Conclusiones: Entre las 22 y 34 semanas de gestación, el parto prematuro por IBA fue la causa más frecuente de muerte perinatal, la edad gestacional al parto fue el principal factor de riesgo de mortalidad y la hipoxia fue la causa más frecuente de muerte.

Tinedo (2016), realizó un trabajo de investigación titulado “Muerte fetal: caracterización epidemiológica”. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, con el objetivo de determinar, a través de revisión de las historias clínicas, las características epidemiológicas de las muertes fetales en la Maternidad Dr. José Luis Facchin de Boni, en el período enero 2007 marzo 2013. La población fue

1236 gestantes con diagnóstico de muerte fetal, determinando una tasa de 56,28 muertes fetales por cada 1000 nacimientos y abortos. La mayoría de dichas muertes fetales (85,03%) ocurrieron por debajo de las 37 semanas, con predominio del sexo masculino. Además, los factores médicos como el síndrome anémico, los obstétricos como las malformaciones fetales y las complicaciones hemorrágicas fueron los más frecuentemente encontrados en los casos de muerte fetal. Otro hallazgo importante de la investigación fue que el peso de los fetos muertos fue menor que el peso de los nacidos vivos de la misma edad gestacional.

3.1.2 Nivel Nacional

Fustamante (2016), en la ciudad de Chiclayo en Perú, desarrolló el trabajo de investigación para sustentar grado de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres, denominado “Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque”. Dicha investigación tuvo como objetivo identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en gestaciones mayores de 20 semanas. De enero 2013 a octubre 2014 en el Hospital Luis Heysen Incháustegui y Hospital Regional Docente Las Mercedes, se realizó un estudio casos y controles con 59 casos de muerte fetal de más de 20 semanas de gestación y 118 neonatos vivos cuyo nacimiento ocurrió inmediatamente después. Se calcularon las medidas estadísticas de tendencia central, luego fue sometida a análisis univariado mediante las pruebas estadísticas chi cuadrado, Test exacto de Fisher y T student para el estudio de cada variable. Después se utilizó el análisis bivariado y multivariado, para calcular los OR de cada variable y buscar la asociación con un nivel de confianza de 95%. Como resultados de la investigación se tuvo que los factores que se asociaron a muerte fetal fueron: El trabajar fuera del hogar durante el embarazo, tener antecedente de abortos previos y el sexo fetal masculino, aumentan el riesgo de presentar muerte fetal; sin embargo, el tener grado de instrucción superior, el número de controles prenatales, las ecografías realizadas

durante la gestación, el peso de la gestante y la edad gestacional del feto, son factores protectores. Como conclusiones se tiene que, de los factores asociados a muerte fetal, resaltan el antecedente de abortos previos, por lo cual los controles prenatales son fundamentales para la prevención de la muerte fetal como se demostró en el presente estudio.

Huiza (2003), en la ciudad de Lima en Perú, desarrolló el trabajo de investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos, denominado “La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial”. Dicha investigación tuvo como objetivo identificar los factores etiopatogénicos asociados a muerte fetal y neonatal en el Hospital San Bartolomé, Lima, casos de muerte fetal mayor de 20 semanas. La investigación fue retrospectiva y se analizaron todos los estados de gestación y muerte neonatal antes de los 28 días de nacimiento sometidos a estudio de autopsia y anatomía patológica. Como resultados se tuvo que la prevalencia de muerte fetal fue 1,68% (508/30125) y de muerte neonatal 1,44% (434/30125). Todas las muertes fetales y 58,8% (255/434) de las muertes neonatales tuvieron autopsia. De 508 muertes fetales, 92 (18%) presentaron signos de autólisis, que no permitieron una apropiada identificación de los procesos etiopatogénicos involucrados. Las muertes fetales estuvieron asociadas a prematuridad (60,5%), defecto nutricional/vascular (78,1%), privación social (60,8%), anomalías congénitas anatómicas (14,6%) y respuesta inflamatoria (12,9%). La muerte neonatal estuvo asociada a la prematuridad (71,7%), privación social (61,1%), defecto nutricional/vascular (59,6%), anomalía congénita anatómica (28,6%), respuesta inflamatoria (20,0%). Conclusiones: La muerte fetal es consecuencia de factores patogénicos que interactúan tempranamente con la unidad madre-embrión/feto. La mayoría de los tejidos muertos de los fetos/neonatos muestra manifestaciones de varios factores etiopatogénicos en forma simultánea.

Cerrón (2021), en la ciudad de Tarma, Huancayo en Perú, desarrolló el trabajo de investigación para sustentar grado de Obstetra en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, denominado

“Factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en un Hospital Público – Huancayo 2018”. Dicha investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en el Hospital El Carmen – Huancayo 2018. Metodología: Básica – cuantitativa; diseño no experimental, corte transversal. Muestra 97 gestantes atendidas, seleccionado de manera pirobalística. Recolección de información con la ficha de registro de atención. El tratamiento de la información y el análisis estadístico de la hipótesis se realizó con el software estadístico SPSS v24. Resultados: El 40% de las gestantes atendidas tuvieron más de 36 años. El 41% tenía grado de instrucción secundaria completa. El 58% su ocupación fue ama de casa. El 51% era conviviente. El 64% procedía de la zona urbana. El 66% refirieron que su embarazo no fue planificado. En cuanto a los factores maternos el 90% de las gestantes atendidas tenía anemia, Infección urinaria el 82%, sífilis el 45%, de las cuales el 9.2%, 7.5% y el 6.8% tiene relación significativa estadística con muerte fetal respectivamente. En el caso de factores fetales el 55% presentó sufrimiento fetal de los cuales el 18.9% tiene relación estadística significativa con muerte fetal. El 58% fueron fetos de sexo masculino de los cuales el 11.3% tuvieron relación con muerte fetal. La edad gestacional en donde se presentó mayor relación fue mayor de 37 semanas. Factores de riesgo obstétrico el 55% tenía atención prenatal mayor o igual a 6. El 56% fueron primíparas, las patologías asociadas como RPM, Preeclampsia, DPP el 5.7%, 10.8%, 9.4% tiene relación con muerte fetal estadísticamente significativo. La vía del parto el 74% fueron vía vaginal, de los cuales el 10.3% tiene relación significativa con la muerte fetal. Conclusiones: La prueba chi cuadrada, mostró un valor de $X^2_c = 15.302 > X^2_t = 4.89$ ($\alpha = 0.05$ y 2 gl) así como un $P = \text{Valor } 0.0000$, esto confirma la correlación estadística significativa con las variables de estudio, factores maternos, fetales y obstétricos en las gestantes atendidas en el Hospital El Carmen – Huancayo 2018.

De La Cruz (2018), realizó la investigación titulada “Valor anormal de hemoglobina materna y Riesgo de muerte fetal” en la Facultad de Medicina Humana

de la Universidad Privada Antenor Orrego, para titularse como Médico Cirujano. El objetivo fue determinar la asociación entre el valor anormal de hemoglobina materna y el riesgo de desarrollar muerte fetal en el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) en el período enero 2005 – enero 2015. Incluyéndose un total de 102 casos y 204 controles, como conclusiones se tuvo que la anemia gestacional constituye un factor de riesgo para muerte fetal, con un Odds Ratio de 2.3 y una significancia estadística de $p < 0,01$.

3.1.3 Nivel local

No se encontraron antecedentes que se relacionen con nuestro trabajo de investigación.

3.2 Bases teóricas

Partiendo de la definición conceptual realizada de ambas variables de estudio, se organizan y se describen sus dimensiones e indicadores de la siguiente manera:

3.2.1 Muerte fetal

La Organización Mundial de la Salud – OMS clasifica como mortinato al bebé que muere después de 28 semanas de embarazo, pero antes del parto o durante éste.

Según la OMS (2020), se define muerte fetal como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. Se habla de muerte fetal cuando: el feto no respira o no da evidencia de vida como por ejemplo puede ser la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntarios”.

3.2.2 Clasificación de muertes fetales de acuerdo con el tiempo de gestación

- a. Muerte fetal temprana

Se considera muerte fetal temprana a todo deceso ocurrido dentro del útero, que va desde la concepción, hasta las 22 semanas de gestación (aborto); ello incluye a fetos de ambos sexos con peso menor a los 500 gramos.

b. Muerte fetal intermedia

Se considera a todo deceso fetal ocurrido entre las 22 y 28 semanas de gestación y con peso del feto de 500 a 999 gramos.

c. Muerte fetal tardía

Se considera a todo deceso fetal ocurrido a partir de las 28 semanas de gestación, y con peso del feto mayores a los 1000 gramos al nacer.

3.2.3 Factores de riesgo

3.2.3.1 Factores sociales y ambientales

Factor socioeconómico

Existe una correlación que nos indica que a menor nivel socioeconómico mayor es la tasa de mortalidad perinatal.

La violencia doméstica durante el embarazo. Organización Panamericana de la Salud (2021), menciona en su obra científica literaria denominada “La violencia doméstica durante el embarazo”, que además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas.

Estado civil

La tasa de mortalidad perinatal es considerablemente mayor en las madres solteras que en las casadas, ya que la soltería puede acompañarse de una situación social desfavorable.

Intervalo entre embarazos

El intervalo de tiempo entre el final de un embarazo y el comienzo del siguiente de alrededor de 2 años es el que asocia con un menor índice de mortalidad perinatal. Un intervalo excesivamente corto, inferior a los 06 meses se asocia con un aumento del riesgo de muerte perinatal, mientras que los intervalos excesivamente prolongados no se asocian a un aumento de éste.

INEI (2018). Una razón de riesgo muy alto se presenta en los nacimientos ocurridos con un intervalo de nacimientos menor a 24 meses.

Número de embarazos

INEI (2018). La razón de riesgo más alto se presenta en los nacimientos ocurridos con nacimientos mayores a tres.

Cesárea anterior

Hospital Sant Joan De Déu. (2022), en su publicación titulada “Protocolo: control gestacional en gestantes con cesárea anterior” nos refiere que la existencia de una cesárea anterior aumenta el riesgo de anomalías de placentación (placenta previa y acretismo placentario) y es el principal factor de riesgo de rotura uterina en un siguiente embarazo. Una nueva cesárea comporta un riesgo para futuras gestaciones por complicaciones como placenta previa, acretismo placentario o lesiones intraoperatorias en cesáreas iterativas.

Con relación a condiciones maternas, fetales y otras:

Los factores asociados con el riesgo de mortalidad perinatal son:

Duración de la jornada semanal laboral, posición corporal durante el trabajo, ausencia de escasos periodos de descanso durante el trabajo y realizar un trabajo especialmente cansado.

Alcoholismo y consumo de drogas durante el embarazo

Los efectos del abuso del alcohol durante el embarazo incluyen un aumento de la tasa de muerte perinatal.

En cuanto al abuso de drogas durante el embarazo

Hay que tener en cuenta en primer lugar que las mujeres que abusan de una droga tienen tendencia a consumir múltiples tipos de drogas durante la gestación y en segundo lugar, suelen tener una nutrición inadecuada, una situación socioeconómica adversa y una asistencia médica insuficiente durante el embarazo.

Nutrición materna

La ganancia de peso materno durante el embarazo es el indicador primario de la morbilidad perinatal. La restricción excesiva del ingreso calórico del embarazo puede afectar negativamente al crecimiento fetal y contribuir a un aumento de la tasa de mortalidad perinatal. Más importante que la ganancia absoluta de peso, es el ritmo de ganancia de peso durante el embarazo.

Asistencia médica prenatal

La asistencia prenatal precoz es de gran importancia, ya que el 70% de las complicaciones médicas durante el embarazo pueden ser previstas en la consulta inicial.

3.2.3.2 Factores fetales

Gestación múltiple, Cheong (2016), la mortalidad fetal aumenta con el aumento del número de fetos, siendo esto 2,5 veces mayor para gemelos que para fetos únicos y cinco veces más para los trillizos o más. El aumento del riesgo en

gestación múltiple se debe a las complicaciones relacionadas con la placentación mono coriónica como el síndrome de transfusión gemelo a gemelo, secuencia de perfusión arterial inversa gemelar, restricciones del crecimiento selectivo y complicaciones como anomalías fetales y restricciones del crecimiento no selectiva, que pueden ocurrir en cualquier embarazo.

Sexo masculino, Mondal (2014), la muerte fetal es más común entre los fetos masculinos que entre los fetos femeninos. En una revisión sistemática, la tasa bruta para los hombres fue de 6,23 mortinatos por 1000 nacimientos totales frente a 5,74 mortinatos por 1000 nacimientos totales para las mujeres.

Embarazo postérmino, Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, Sociedad de Materno – Fetal (2020), la tasa de mortalidad perinatal a las 42 semanas de gestación es el doble de la tasa a término, aumentando cuatro veces a las 43 semanas y de cinco a siete veces a las 44 semanas. Se estima que la tasa absoluta es de 14 a 40 por 1000 nacidos vivos y mortinatos. Existen estudios que tratan de explicar las diversas etiologías de la muerte fetal como resultado final de una variedad de trastornos.

Gibbins (2018), las frecuencias relativas de las diversas causas de muerte fetal parecen diferir entre países de ingresos bajos y altos y entre la gestación temprana y tardía. Se ha informado que el parto obstruido / prolongado, la preeclampsia y la infección son causas comunes de muerte fetal en los países de bajos ingresos, mientras que las anomalías congénitas o cariotipo, los problemas placentarios asociados con la restricción del crecimiento y las enfermedades médicas maternas parecen ser causas comunes en los países de altos ingresos.

Muerte fetal no explicada, Aminu (2017), nos menciona que la muerte fetal no explicada es aquella que no puede ser atribuida a una etiología identificable fetal, de la placenta, materna u obstétrica; debido a la falta de información suficiente o porque la causa no se puede determinar en el nivel actual de la capacidad de diagnóstico. Se informa que esto representa del 25 al 60% de todas

las muertes fetales. Los mortinatos ocurridos casi al final es más probable de ser inexplicados que los mortinatos ocurridos que ocurren antes en la gestación.

Anomalías congénitas, Grohan (2017), nos menciona que el 15 al 20% de los mortinatos desarrollan una malformación relevante. La tasa varía entre países y es muy influenciada por la disponibilidad de un diagnóstico prenatal y la interrupción del embarazo. Las malformaciones asociadas con un mayor riesgo de muerte fetal, pero no relacionadas con anomalías cromosómicas estructurales, incluyen defectos de la pared abdominal, defectos del tubo neural, síndrome de Potter, a condrogénesis homocigótica, displasia tanatológica, síndrome de pterigión múltiple letal y secuencia de bandas amnióticas.

Restricción del crecimiento fetal, Malacova et. al. (2018), nos dice que la muerte de un feto con restricción de crecimiento ocupa el segundo lugar de muerte fetal. La tasa estimada de mortinatos en fetos es de 10 a 47 por 1000 nacidos vivos y mortinatos y aumenta con la severidad de la restricción del crecimiento. La disfuncionalidad placentaria es la presunta causante de la restricción del crecimiento y de la muerte fetal. La disfunción se vincula con la vasculopatía materna o enfermedades placentarias intrínsecas.

Página, Beardsley y T et. al. (2019), nos indican que la infección puede provocar una enfermedad materna sistémica grave, como Urinaria, Neumonía, Pelvipерitonitis, disfunción placentaria o invasión de la placenta por microorganismos como E. coli, estreptococo del grupo B, citomegalovirus, Zika.

Alergia, Clínica Universidad de Navarra [CUN] (2022), menciona que la anafilaxia consiste en una reacción alérgica extremadamente grave que afecta a todo el organismo y se instaura a los pocos minutos de haber estado expuesto al alérgeno. Podría definirse también como una reacción "explosiva" del sistema inmune hacia un agente externo.

Alergia, Ferreres (2014). "La anafilaxia es la forma más grave y súbita de reacción alérgica; consiste en una reacción de hipersensibilidad caracterizada por colapso cardiovascular y afectación respiratoria debidos a la liberación masiva de

histamina”. “Son pocos los casos descritos en gestantes durante el tercer trimestre del embarazo que hayan tenido consecuencias graves para el feto”.

La Depresión, Asociación de Embarazo Americano (2022), en su obra bibliográfica científica denominado “La Depresión durante el Embarazo: Los Signos, Síntomas y Tratamiento” nos refiere que el embarazo está supuesto a ser uno de los tiempos más alegre en la vida de una mujer, pero por muchas mujeres esto es un tiempo de confusión, miedo, estrés y aún depresión. Según el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), entre 14 y 23% de mujeres lucharán con algunos síntomas de depresión durante el embarazo. La depresión es un trastorno de humor que afecta 1 en 4 mujeres a algún punto durante su vida, así no debe ser una sorpresa que esta enfermedad puede también ser peligrosa para la madre y el bebé no nacido.

Anomalías genéticas, Kubendran et. al. (2018), nos menciona que la mayoría de las aneuploidías son letales en el útero. Algunas como la trisomía 21, 18 y 13 y la monosomía X, representa un mayor riesgo de muerte fetal.

Arritmia fetal: Revista Española de Cardiología (2020), una arritmia no reconocida, como el síndrome de QT largo, puede ser una causa de muerte fetal inexplicable.

Abruptio de placenta: Boyd (2018), nos indica que el desprendimiento de placenta afecta al 1% de los embarazos y afecta entre el 10 y el 20% de todos los mortinatos. El riesgo de muerte fetal se incrementa cuando la placenta se ve afectada en más del 50% de la superficie se separa o cuando ocurre un desprendimiento del aspecto central de la placenta.

Anomalías del cordón umbilical: Boyd (2018), menciona que las complicaciones del cordón umbilical por atrapamiento, es una causa de muerte fetal recurrente en el tercer trimestre. Entre ellos tenemos cordón umbilical por atrapamiento forma circular de cordón, nudo, torsión, estenosis, prolapso, arteria

umbilical única, la evidencia histopatológica de la microcirculación fetal comprometida.

Anormalidades en la placenta: Boyd (2018), nos menciona que las anomalías conllevan al desprendimiento prematuro de placenta, ruptura de vasa previa, infección, neoplasia, malformaciones estructurales o vasculares, vasculopatía, e infarto. Las placentas pequeñas están asociadas con la restricción del crecimiento; Las causas patológicas de placentas grandes incluyen hidropesía fetal, diabetes mellitus materna y sífilis, que también son causas de muerte fetal. Por esta razón, el examen macroscópico y microscópico de la placenta es una parte integral de la evaluación de la muerte fetal. El mosaicismo placentario confinado se identifica en 1 a 2% de las muestras de biopsia de vellosidades coriónicas; entre el 15 y el 20% de estos embarazos abortan, desarrollan restricción del crecimiento fetal o terminan en muerte fetal.

Hemorragia feto materno: Korteweg (2016), nos menciona que una hemorragia lo suficientemente grande puede causar la muerte fetal hasta en el 5% de los mortinatos. Los reportes nos indican que existe asociación entre la hemorragia y la muerte fetal ocasionado por desprendimiento de placenta, vasa previa, cori angioma, cori carcinoma, trauma materno, versión cefálica y amniocentesis.

3.3 Bases conceptuales

3.3.1 Mortalidad Perinatal (TMP)

El Programa Centroamericano de Población (PCP) de la Universidad de Costa Rica, nos refiere que la Mortalidad Perinatal, es una proporción de defunciones perinatales del total de nacimientos en una localidad. La defunción perinatal normalmente incluye a fetos de 28 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinato u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. Frente a ello la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de 22 semanas o 500 gramos, como límites.

3.3.2 Riesgo materno

Donoso y Oyarzún (2012). “En perinatología o medicina materno-fetal, el riesgo es evaluado en relación a daños específicos para la madre o el hijo”. “Se denomina factor de riesgo a aquella característica o atributo biológico, social o ambiental, que cuando está presente en un individuo se asocia con un aumento de la probabilidad de experimentar un daño”.

3.3.3 Antecedentes obstétricos

Ribas (2021), nos refiere que los antecedentes obstétricos existen de dos tipos los desfavorables que son experiencias relacionadas con embarazos que no han ido bien, sea porque han sido embarazos complicados, porque no han ido según lo previsto o porque no han tenido éxito; entre otros, abortos previos, partos prematuros, fetos con retraso de crecimiento intrauterino, malformaciones o enfermedades genéticas, patologías asociadas al embarazo como preeclampsia o diabetes gestacional y casos de muerte fetal o neonatal.

3.3.4 Muerte fetal

Espinoza (2010), la muerte fetal “constituye un problema para el obstetra y/o médico general, ya que representa el fracaso de su misión de control prenatal, de llegar al final del proceso reproductivo con un buen estado de salud madre/hijo”.

CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Ámbito

El estudio se desarrolló en el campo de la obstetricia que se especializa en la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto, y el puerperio; en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los órganos reproductivos femeninos en el ámbito de su competencia.

4.2 Tipo y nivel de investigación

4.2.1 Tipo

De acuerdo con los resultados su investigación fue de tipo aplicada.

De acuerdo con su enfoque el presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo.

Canales (2006), nos refiere que la investigación cuantitativa “es una estrategia de investigación que conceptualmente delimita propiedades de sujeto de estudio con el fin de asignarles un número a las magnitudes o tipos en que estos las poseen; utiliza procedimiento estadístico para resumir y asociar dichos números” (p. 38).

De acuerdo con la temporalidad fue de tipo transaccional.

4.2.2 Nivel

El nivel de nuestra investigación fue correlacional.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Descripción de la población

La población estará compuesta por la totalidad de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Para, Hernández y Mendoza (2018), “la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Es preferible establecer

tales características con claridad, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales” (p. 198).

4.3.2 Muestra y método de muestreo

Muestreo

El muestreo fue de tipo *no probabilístico y por conveniencia*. Este método de elección del tamaño de muestra se ampara al método por conveniencia, por lo tanto, el investigador decide, bajo el criterio o los criterios que considere oportunos, qué miembros de la población formarán parte de la muestra (Sánchez, 2007). Asimismo, tuvieron que cumplir los *criterios de inclusión y exclusión*.

Muestra

La muestra estuvo conformada por **15 historias clínicas** de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

4.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- a. Historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María.
- b. Historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, que ocurrieron el año 2022.

Criterios de exclusión:

- a. Historias clínicas de muertes fetales que no son del Hospital de Tingo María.
- b. Historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María que no son del año 2022.

4.4 Diseño de investigación

Para la presente investigación se optó por el diseño de estudio observacional (EO), cuyo objetivo fue "la observación y registro" de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos.

4.5 Técnicas e instrumentos

4.5.1 Técnicas

La técnica empleada para el recojo de información en nuestra investigación fue:

El análisis documental.

Hernández et. al. (2001).

4.5.2 Instrumentos

Para nuestra investigación se utilizó:

- Ficha de Ficha de trabajo. Ver anexo 03.

Wikipedia (2019), la ficha de trabajo es una forma de organización usada para emplear de manera práctica la información documental usada en los trabajos de investigación de cualquier tipo. Se utiliza para recopilar, resumir o anotar los contenidos de las fuentes o datos utilizados en la investigación. Las fichas facilitan la realización de monografías, informes o publicaciones, pues si han sido confeccionadas correctamente hacen innecesarias consultas adicionales a las fuentes.

4.5.2.1 Validación de los instrumentos para la recolección de datos

La validez de un instrumento se refiere al grado en que un instrumento mide lo que realmente se pretende medir. En opinión de los autores como Hernández et al. (2014), expresan que, “la validez se refiere en términos generales, al grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir” (p. 236). El instrumento que se empleó en la presente investigación fue validado por juicio de 05 expertos, profesionales de extensa trayectoria y experiencia profesional:

Mg. Susy Leticia Casas Barral

Mg. Verónica Castillo Ruiz
Mg. Merlyn Flores Shupingahua
Mg. Gina Paola Ruiz Herrera
Mg. Alfredo Villarreal Sánchez

4.5.2.2 Confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos

La confiabilidad, es otra característica fundamental que debe poseer un instrumento de investigación, esta propiedad tiene que ver según Hernández et al. (2014), con: “el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados” (p. 235). Es decir, hace referencia al grado de consistencia y de congruencia, como se midan las variables, dimensiones e indicadores; producto de la definición operacional.

4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

4.6.1 Procesamiento

Para el procesamiento de datos se utilizó Microsoft Excel y el software estadístico SPSS 24.

Los datos que se recolectaron en base a los instrumentos aplicados se analizaron y posteriormente los resultados se contrastaron con las hipótesis, teorías y conocimientos existentes admitidos. Para la representación gráfica de los cuadros y gráficos, se utilizó Microsoft Excel y el software estadístico SPSS 24.

4.6.2 Análisis Descriptivo

En el análisis descriptivo y gráficos de los datos se utilizó estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media.

4.7 Aspectos éticos

4.7.1 Protección de la información de las personas.

La presente investigación se desarrolló en el marco del respeto a los derechos de la reserva, manejo y protección de la información. Asimismo, el investigador comunicó que, si desean saber los resultados, de la investigación se les haría llegar sin ninguna restricción.

CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo

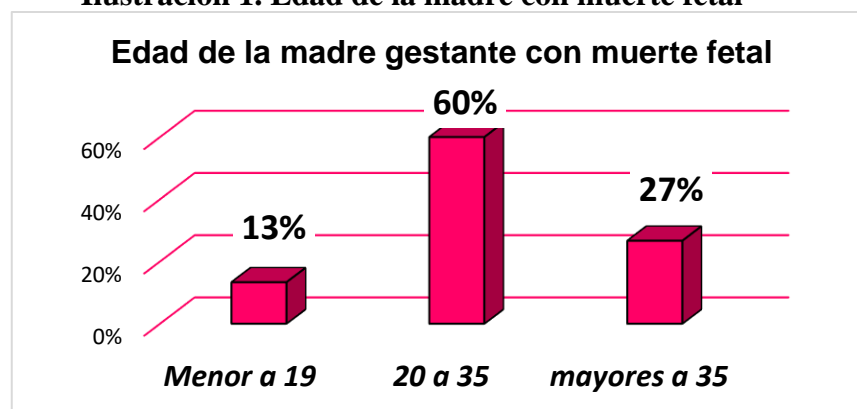
5.1.1 Características socioeconómicas de la madre gestante con muerte fetal

Tabla 1. Edad de la madre con muerte fetal

Edad de la madre gestante con muerte fetal	Frecuencia	%
Menor a 19	2	13%
20 a 35	9	60%
mayores a 35	4	27%
Total	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 1. Edad de la madre con muerte fetal



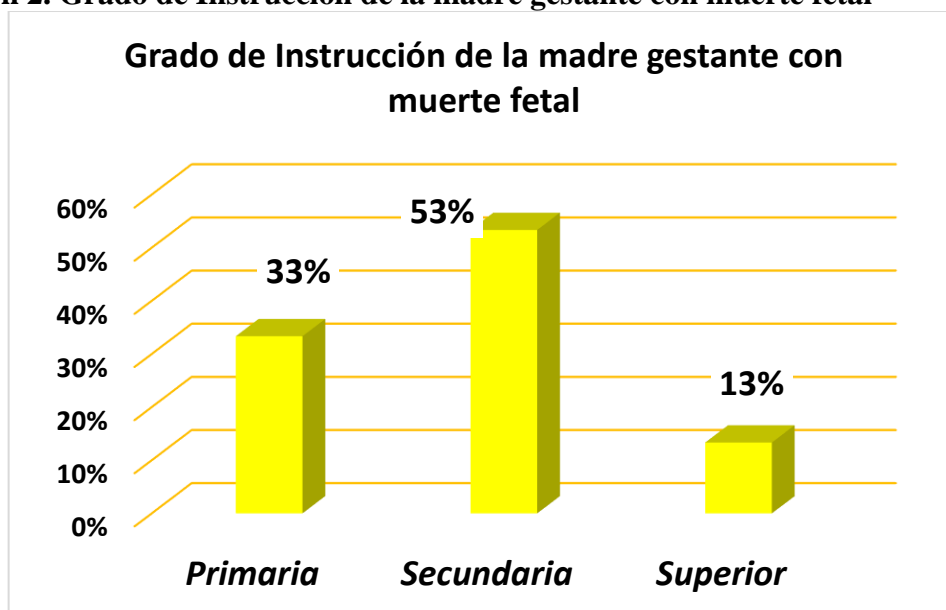
Interpretación: De la tabla y figura 01, tenemos:

Respecto a la edad de la madre gestante con muerte fetal, se encontró que el **60%** (09 madres) tienen de 20 a 35 años, el **27%** (04 madres) son mayores de 35 años y el **13%** (02 madres) son menores a 19 años.

Tabla 2. Grado de Instrucción de la madre gestante con muerte fetal

Grado de Instrucción de la madre gestante con muerte fetal	Frecuencia	%
Primaria	5	33%
Secundaria	8	53%
Superior	2	13%
	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 2. Grado de Instrucción de la madre gestante con muerte fetal

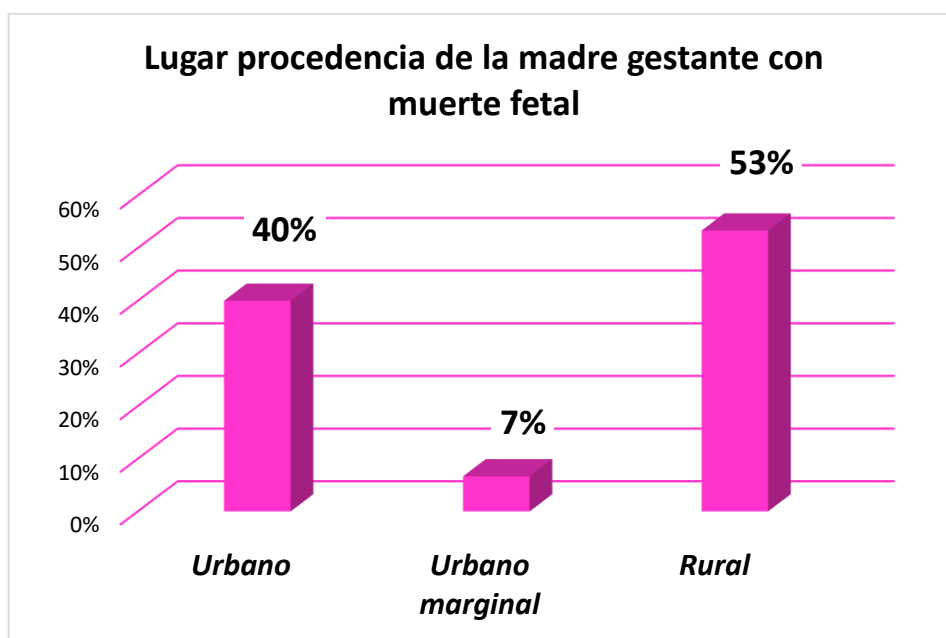
Interpretación: De la tabla y figura 02, tenemos:

Que, respecto al grado de Instrucción de la madre gestante con muerte fetal, se encontró que el **53%** (08 madres) tienen secundaria, el **33%** (05 madres) tienen primaria y el **13%** (02 madres) tiene grado superior.

Tabla 3. Lugar de procedencia de la madre gestante con muerte fetal

Lugar procedencia de la madre gestante con muerte fetal	Frecuencia	%
Urbano	6	40%
Urbano marginal	1	7%
Rural	8	53%
	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 3. Lugar procedencia de la madre gestante con muerte fetal

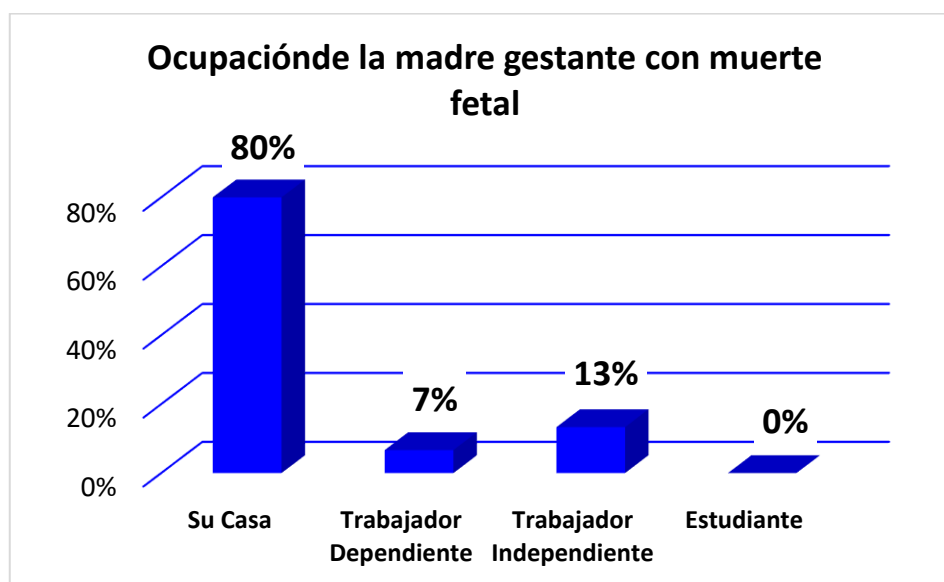
Interpretación: De la tabla y figura 03, tenemos:

Que, respecto al lugar procedencia de la madre gestante con muerte fetal, se encontró que el **53%** (08 madres) son de la zona rural, el **40%** (06 madres) son de zona urbana y el **7%** (01 madre) son de zona urbano marginal.

Tabla 4. Ocupación de la madre gestante con muerte fetal

Ocupación de la madre gestante con muerte fetal	Frecuencia	%
Su Casa	12	80%
Trabajador Dependiente	1	7%
Trabajador Independiente	2	13%
Estudiante	0	0%
Total	15	13%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 4. Ocupación de la madre gestante con muerte fetal

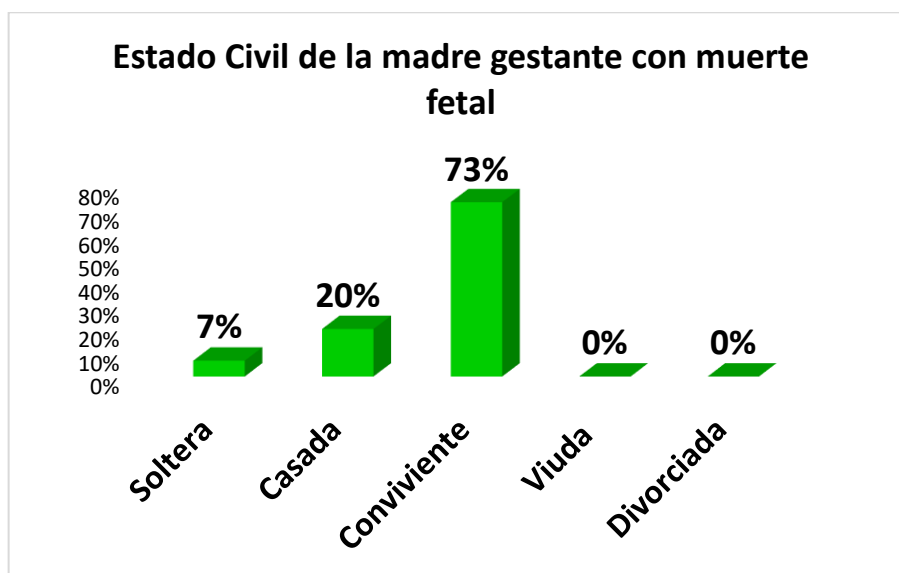
Interpretación: De la tabla y figura 04, tenemos:

Que, respecto a la ocupación de la madre gestante con muerte fetal, se encontró que el **80%** (12 madres) se dedican a su casa, el **13%** (02 madres) son trabajadoras independientes y el **7%** (01 madre) son trabajadoras dependientes.

Tabla 5. Estado Civil de la madre gestante con muerte fetal

Estado Civil de la madre gestante con muerte fetal	%	Frecuencia
Soltera	7%	1
Casada	20%	3
Conviviente	73%	11
Viuda	0%	0
Divorciada	0%	0
Total	100%	15

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 5. Estado Civil de la madre gestante con muerte fetal

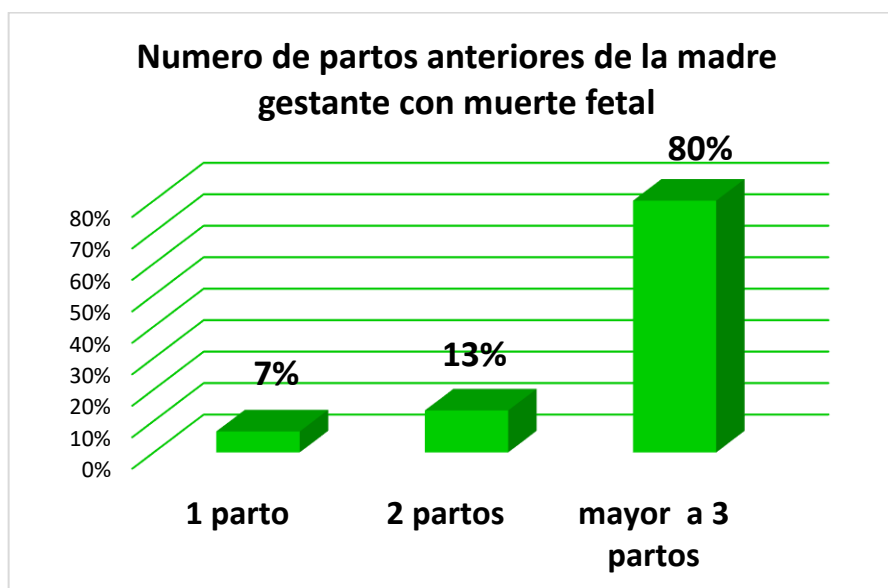
Interpretación: De la tabla y figura 05, tenemos:

Que, respecto al estado civil de la madre gestante con muerte fetal, se encontró que el **73%** (11 madres) son convivientes, el **20%** (03 madres) son casadas y el **7%** (01 madre) soltera.

Tabla 6. Número de partos anteriores de la madre gestante con muerte fetal

Número de partos anteriores de la madre gestante con muerte fetal	Frecuencia	%
1 parto	1	7%
2 partos	2	13%
mayor a 3 partos	12	80%
Total	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 6. Número de partos anteriores de la madre gestante con muerte fetal

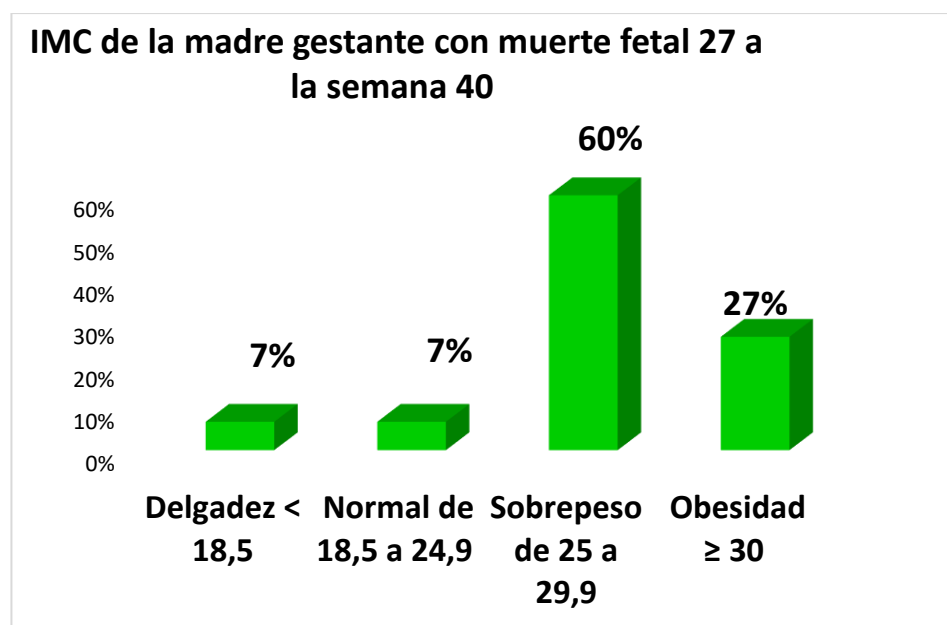
Interpretación: De la tabla y figura 06, tenemos:

Que, respecto al número de partos anteriores de la madre gestante con muerte fetal, se encontró que el **80%** (12 madres) tienen de tres a más partos, el **13%** (02 madres) tuvieron dos partos y el **7%** (01 madre) un solo parto.

Tabla 7. IMC de la madre gestante con muerte fetal 27 a la semana 40

IMC de la madre gestante con muerte fetal 27 a la semana 40	%	Frecuencia
Delgadez < 18,5	7%	1
Normal de 18,5 a 24,9	7%	1
Sobrepeso de 25 a 29,9	60%	9
Obesidad ≥ 30	27%	4
Total	100%	15

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 7. IMC de la madre gestante con muerte fetal 27 a la semana 40.

Interpretación: De la tabla y figura 07, tenemos:

Que, respecto al IMC de la madre gestante con muerte fetal 27 a la semana 40, se encontró que el **60%** (09 madres) tienen sobrepeso, el **27%** (04 madres) tienen obesidad, el **7%** (01 madre) tiene peso normal y el **7%** (01 madre) tiene delgadez.

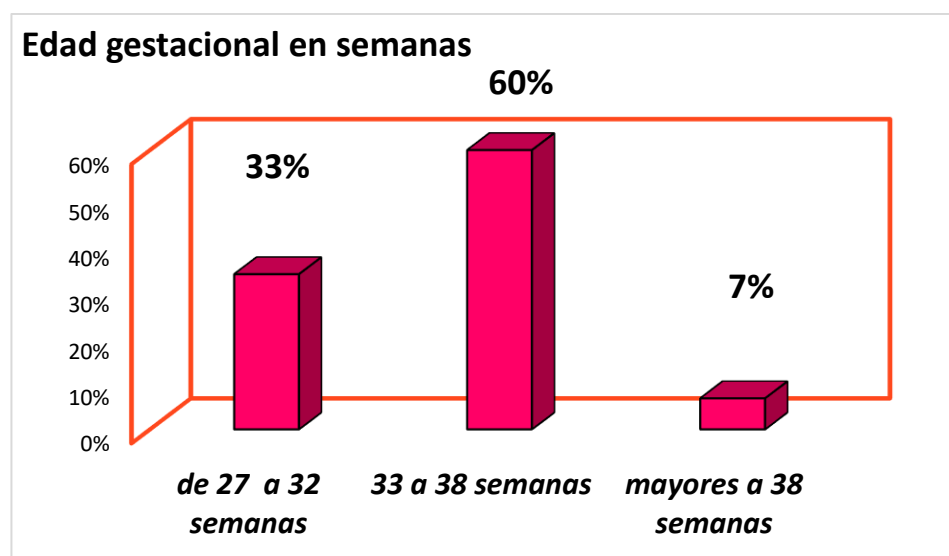
5.1.2 Características del feto

Tabla 8. Edad gestacional del feto en semanas

Edad gestacional en semanas	Frecuencia	%
de 27 a 32 semanas	5	33%
33 a 38 semanas	9	60%
mayores a 38 semanas	1	7%
Total	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 8. Edad gestacional del feto en semanas



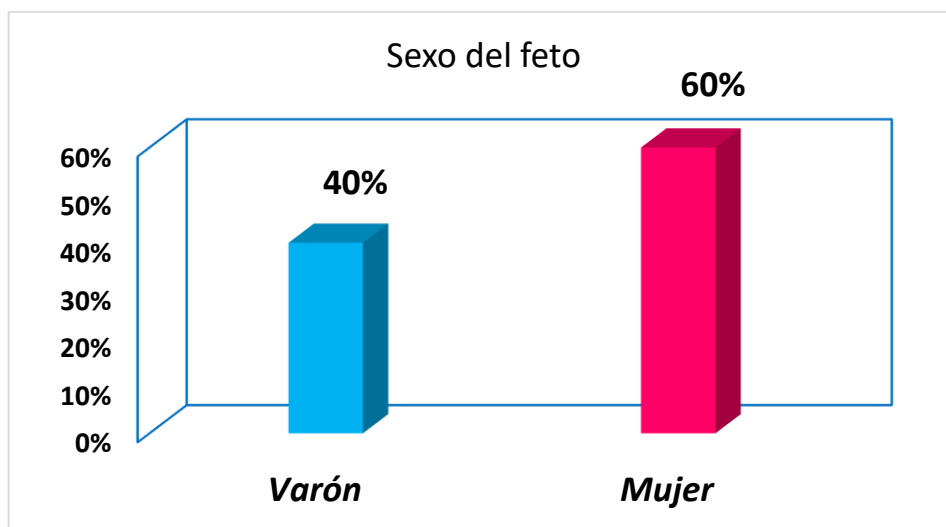
Interpretación: De la tabla y figura N° 08, tenemos:

Que, respecto a la edad gestacional del feto en semanas, se encontró que el **60%** (09 fetos) tenían de 33 a 38 semanas, el **33%** (05 fetos) tenían de 27 a 32 semanas y el **7%** (01 feto) tenía de 38 a más semanas.

Tabla 9. Sexo del feto

Sexo del feto	Frecuencia	%
Varón	6	40%
Mujer	9	60%
	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 9. Sexo del feto

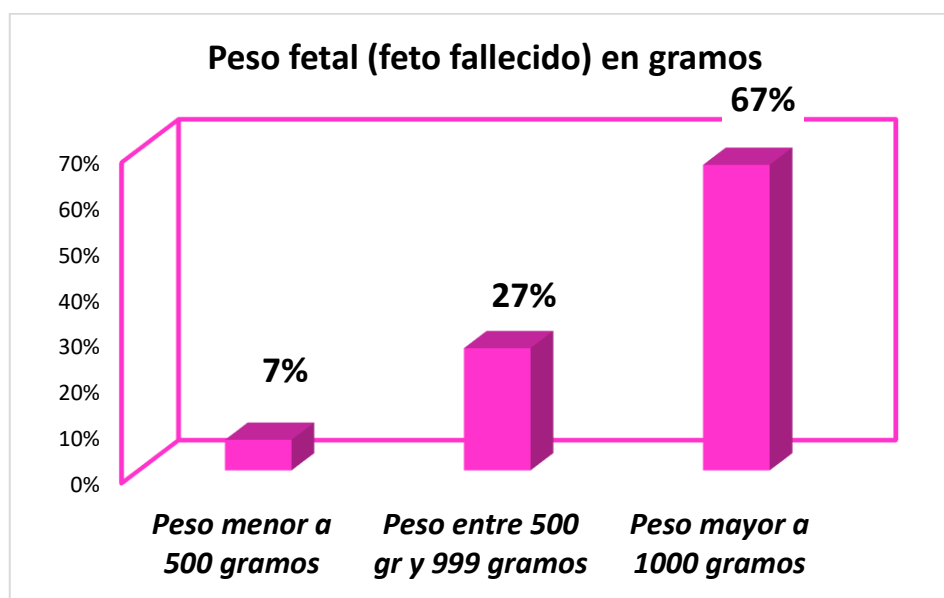
Interpretación: De la tabla y figura 09, tenemos:

Que, respecto al sexo del feto, se encontró que el **60%** (09 fetos) son mujeres y el **40%** (06 fetos) son varones.

Tabla 10. Peso fetal (feto fallecido) en gramos.

Peso fetal (feto fallecido) en gramos	Frecuencia	%
Peso menor a 500 gramos	1	7%
Peso entre 500 gr y 999 gramos	4	27%
Peso mayor a 1000 gramos	10	67%
	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 10. Peso fetal (feto fallecido) en gramos.

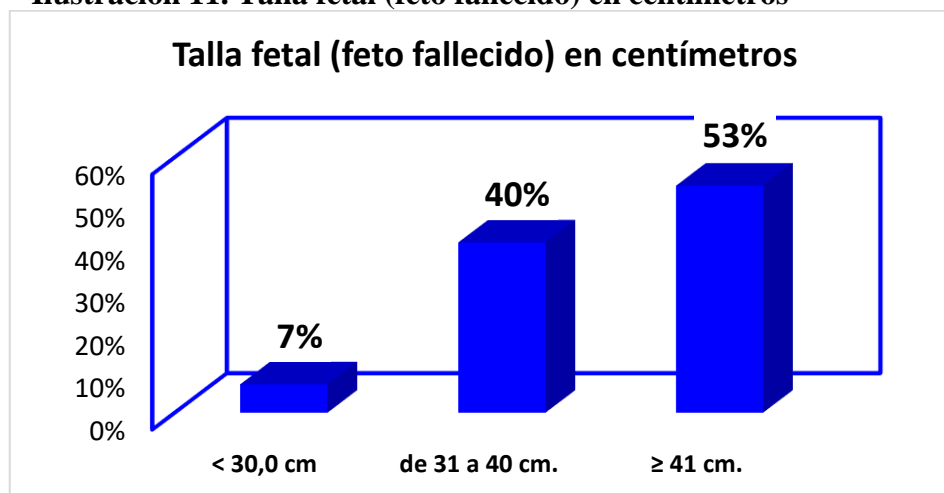
Interpretación: De la tabla y figura 10, tenemos:

Que, respecto al Peso fetal (feto fallecido) en gramos, se encontró que el **67%** (10 fetos) tenían peso mayor a 1000 gramos, el **27%** (04 fetos) tenían un peso entre 500 gr y 999 gramos y el **7%** (01 feto) tenía un peso menor a 500 gramos.

Tabla 11. Talla fetal (feto fallecido) en centímetros

Talla fetal (feto fallecido) en centímetros	Frecuencia	%
< 30,0 cm	1	7%
de 31 a 40 cm.	6	40%
≥ 41 cm.	8	53%
Total	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 11. Talla fetal (feto fallecido) en centímetros

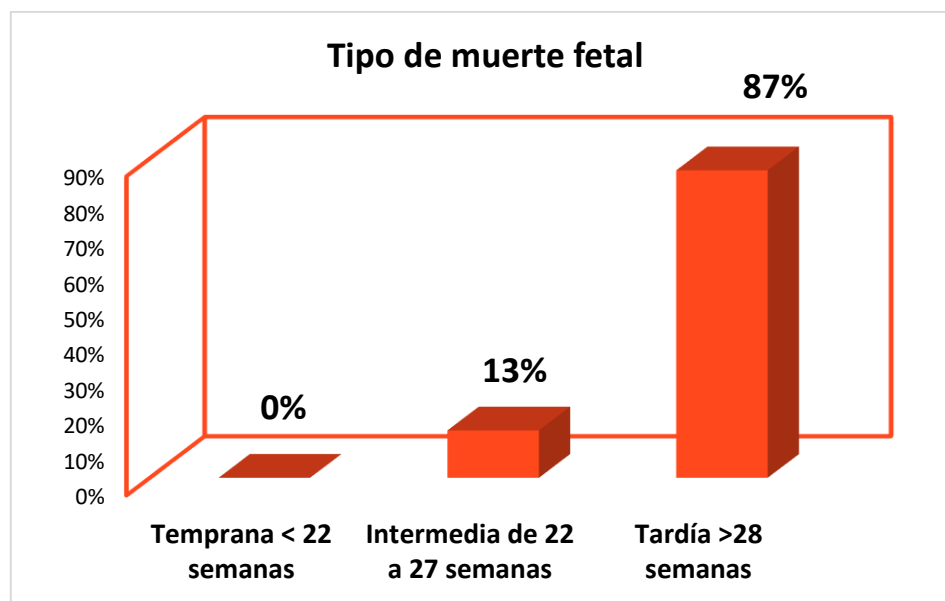
Interpretación: De la tabla y figura 11, tenemos:

Que, respecto a la talla fetal (feto fallecido) en centímetros, se encontró que el **53%** (09 fetos) tenían talla mayor igual a 41 cm., el **40%** (05 fetos) tenían talla de 31 a 40 cm. y el **7%** (01 feto) tenía talla menor a 30 cm.

Tabla 12. Tipo de muerte fetal

Tipo de muerte fetal	Frecuencia	%
Temprana < 22 semanas	0	0%
Intermedia de 22 a 27 semanas	2	13%
Tardía >28 semanas	13	87%
Total	15	100%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 12. Tipo de muerte fetal

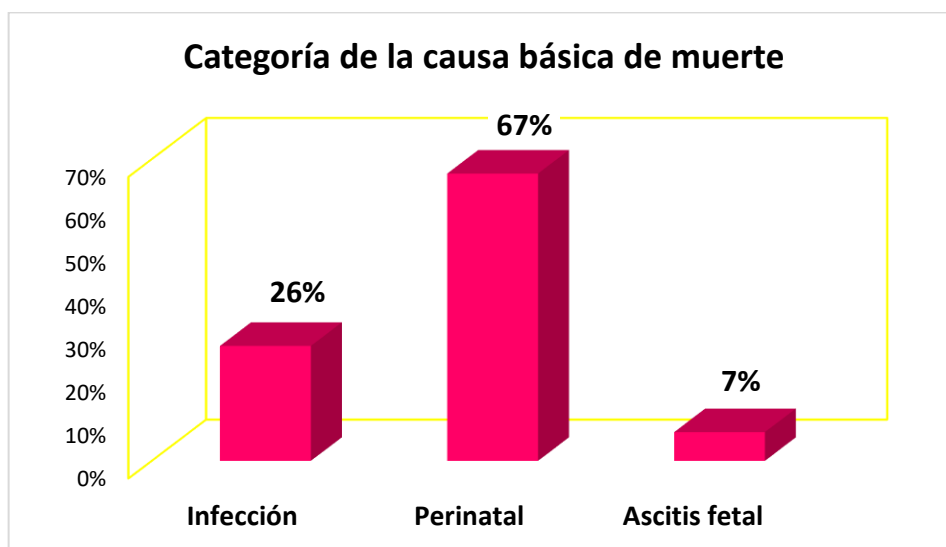
Interpretación: De la tabla y figura 12, tenemos:

Que, respecto al tipo de muerte fetal, se encontró que el **87%** (13 fetos) tuvieron muerte fetal tardía mayor a 28 semanas y el **13%** (02 fetos) tuvieron muerte fetal intermedia de 22 a 27 semanas.

Tabla 13. Categoría de la causa básica de muerte.

Categoría de la causa básica de muerte	%	Frecuencia
Infección	26%	4
Perinatal	67%	10
Ascitis fetal	7%	1
Total	100%	15

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 13. Categoría de la causa básica de muerte.

Interpretación: De la tabla y figura 13, tenemos:

Que, respecto a la Categoría de la causa básica de muerte, se encontró que el **67%** (10 fetos) tenían categoría perinatal, el **27%** (04 fetos) tenían categoría infección y el **7%** (01 feto) tenían categoría ascitis fetal.

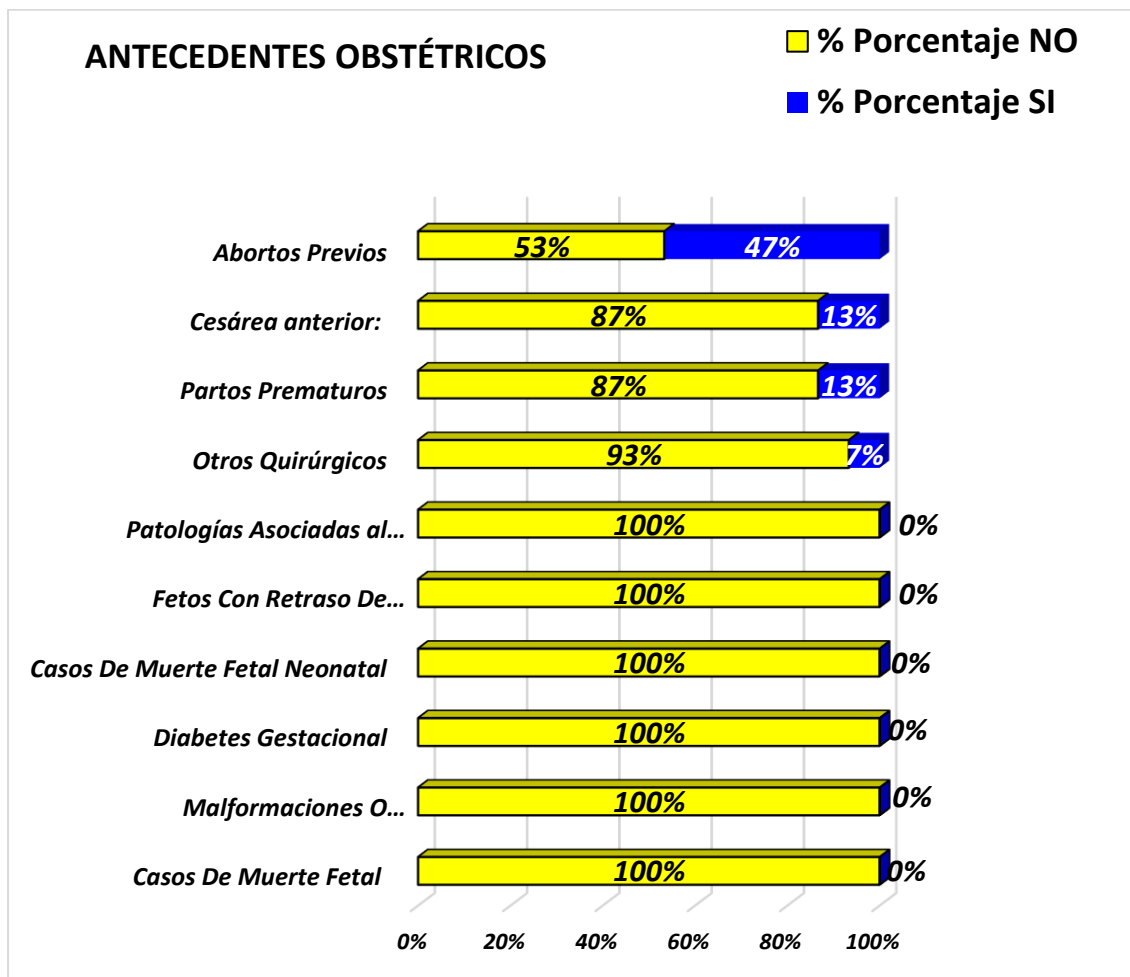
5.1.4 Descripción de los antecedentes obstétricos

Tabla 14. Antecedentes Obstétricos.

Antecedentes Obstétricos	SI	% SI	NO	% NO
Casos De Muerte Fetal	0	0%	15	100%
Malformaciones O Enfermedades Genéticas	0	0%	15	100%
Diabetes Gestacional	0	0%	15	100%
Casos De Muerte Fetal Neonatal	0	0%	15	100%
Fetos Con Retraso De Crecimiento Intrauterino	0	0%	15	100%
Patologías Asociadas al Embarazo Como Preeclampsia	0	0%	15	100%
Otros Quirúrgicos	1	7%	14	93%
Partos Prematuros	2	13%	13	87%
Cesárea anterior:	2	13%	13	87%
Abortos Previos	7	47%	8	53%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 14. Antecedentes Obstétricos.



Interpretación: De la tabla y figura 14, tenemos:

Que, respecto a los antecedentes obstétricos de la madre gestante con muerte fetal, se encontró que el **47%** (12 madres) tuvieron abortos previos, el **13%** (02 madres) tuvieron cesárea anterior, el **13%** (02 madres) tuvieron parto prematuro y el **7%** (01 madre) tuvo otros quirúrgicos.

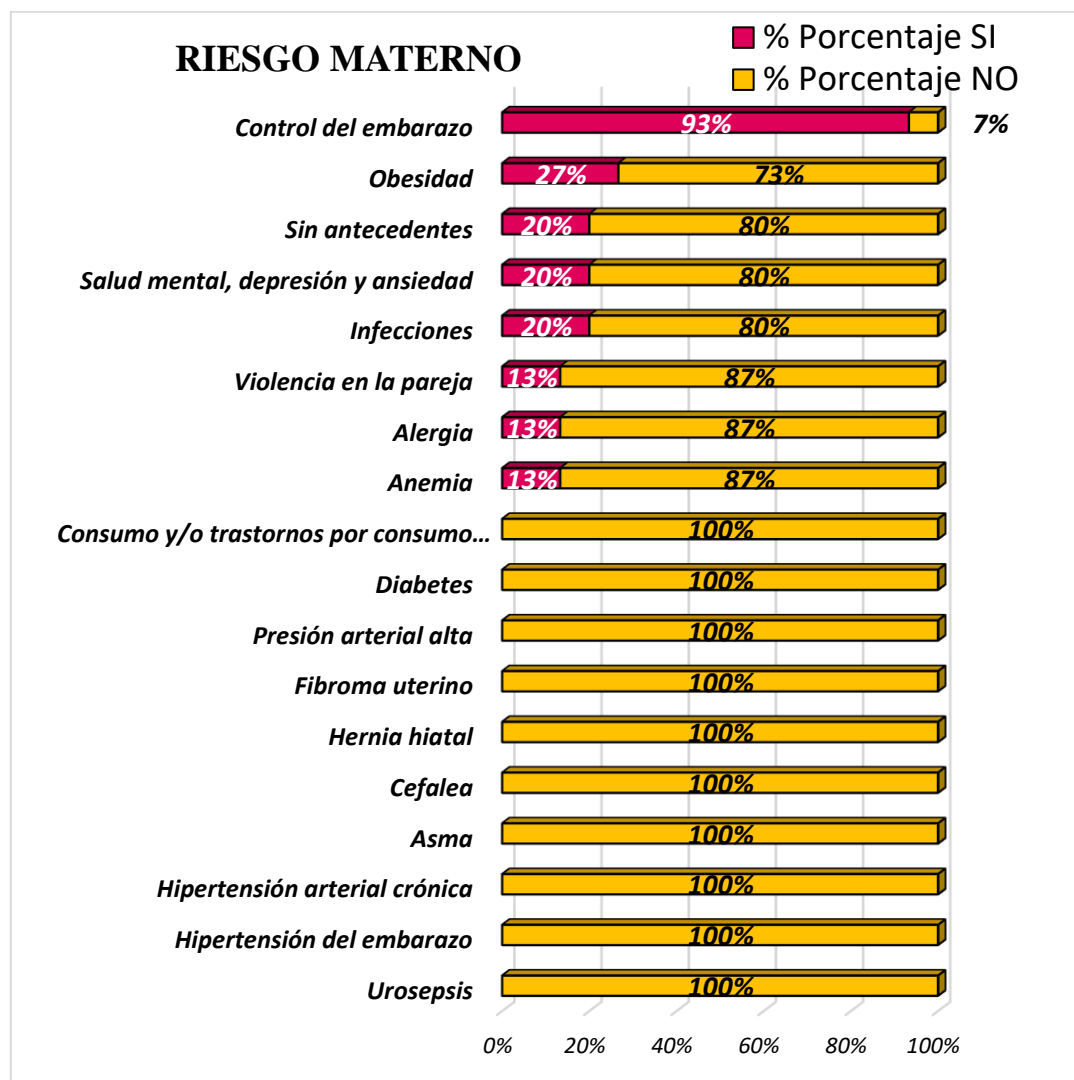
5.1.4 Descripción de los riesgos maternos

Tabla 15. Riesgo Materno

Riesgo Materno	SI	% SI	N0	% NO
Urosepsis	0	100%	15	0%
Hipertensión del embarazo	0	100%	15	0%
Hipertensión arterial crónica	0	100%	15	0%
Asma	0	100%	15	0%
Cefalea	0	100%	15	0%
Hernia hiatal	0	100%	15	0%
Fibroma uterino	0	100%	15	0%
Presión arterial alta	0	100%	15	0%
Diabetes	0	100%	15	0%
Consumo y/o trastornos por consumo sustancias	0	100%	15	0%
Anemia	2	87%	13	13%
Alergia	2	87%	13	13%
Violencia en la pareja	2	87%	13	13%
Infecciones	3	80%	12	20%
Salud mental, depresión y ansiedad	3	80%	12	20%
Sin antecedentes	3	80%	12	20%
Obesidad	4	73%	11	27%
Control del embarazo	14	7%	1	93%

Nota: Adoptado de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.

Ilustración 15. Riesgo Materno



Interpretación: De la tabla y figura 15, tenemos:

Que, respecto al riesgo materno de la madre gestante con muerte fetal, se encontró que el **93%** (14 madres) tuvieron su control de embarazo, el **27%** (04 madres) tuvieron obesidad, el **20%** (03 madres) estuvieron sin antecedentes, el **20%** (03 madres) tuvieron antecedentes de Salud mental, depresión y ansiedad, el **20%** (03 madres) tuvieron infecciones, el **13%** (02 madres) tuvieron violencia de pareja, el **13%** (02 madres) tuvieron alergia y el **13%** (02 madres) tuvieron anemia.

5.2 Análisis inferencial y/o contrastación de hipótesis

5.2.1 Contrastación de hipótesis general

Ilustración 16. Relación Muerte Fetal y Factor de Riesgo

<i>VARIABLES</i>	<i>Factor de Riesgo</i>	
	<i>r de Pearson</i>	<i>Significancia</i>
<i>Muerte Fetal</i>	0.755	0.000

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 16, se muestra que, del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p < 0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y **factor de riesgo**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

Hi: Existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Ho: No existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (H_0) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (H_1).

5.2.2 Contrastación de las hipótesis específicas

Contrastación de Hipótesis específicas H_{i1} y H_{o1} :

Ilustración 17. Relación Muerte Fetal y las Características sociodemográficas

VARIABLES	Características sociodemográficas	
	r de Pearson	Significancia
Muerte Fetal	0.739	0.000

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 17, se muestra que, del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p < 0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y las **características sociodemográficas**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

H_{i1} : Sí influyen las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

H_{o1} : No influyen las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (H_{o1}) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (H_{i1}).

Contrastación de Hipótesis específicas H_{i2} y H_{o2} :

Ilustración 18. Relación Muerte Fetal y Antecedentes obstétricos

<i>VARIABLES</i>	<i>Antecedentes obstétricos</i>	
	<i>r de Pearson</i>	<i>Significancia</i>
<i>Muerte Fetal</i>	0.697	0.000

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 18, se muestra que, del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p < 0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y los **antecedentes obstétricos**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

H_{i2} : Sí influyen los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

H_{o2} : No influyen los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (H_{o2}) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (H_{i2}).

Contrastación de Hipótesis específicas H_{i3} y H_{o3} :

Ilustración 19. Relación Muerte Fetal y el Riesgo Materno

<i>VARIABLES</i>	<i>Riesgo Materno</i>	
	<i>r de Pearson</i>	<i>Significancia</i>
<i>Muerte Fetal</i>	0.757	0.000

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 19, se muestra que, del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p < 0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y el **riesgo materno**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

H_{i3} : Sí influyen los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

H_{o3} : No influyen los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (H_{o3}) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (H_{i3}).

Contrastación de Hipótesis específicas H_{i4} y H_{o4} :

Ilustración 20. Relación Muerte Fetal y los factores clínicos

<i>VARIABLES</i>	<i>Factores clínicos</i>	
	<i>r de Pearson</i>	<i>Significancia</i>
<i>Muerte Fetal</i>	0.698	0.000

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla N° 20, se muestra que, del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p < 0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y los **factores clínicos**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

H_{i4} : Sí influyen los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

H_{o4} : No influyen los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (H_{o4}) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (H_{i4}).

5.3 Discusión de resultados

En relación con el objetivo específico 1. Identificar las **características sociodemográficas** asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Al evaluar los datos obtenidos en nuestra investigación acerca de las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, se encontró:

- a. Respecto a la **edad** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que la mayor parte el **60%** tienen de **20 a 35 años**; este resultado **guarda similitud** con los obtenidos por Trejo et. al. (2022), en la ciudad de México, quien desarrolló el trabajo de investigación denominada “Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados”; dicha investigación tuvo como objetivo conocer el índice de muerte fetal tardía y los factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) en un periodo de dos años (2009-2010). Como resultados de los factores de riesgo obstétricos, tuvo que la **edad promedio** de la madre fue de **25.5 años**. Asimismo, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Ralda (2018), quien desarrolló la investigación “Caracterización de la mortalidad perinatal en el Hospital Nacional de Huehuetenango”, quien como resultados tuvo de un total de 151, el grupo de edad de las madres con más frecuencia de casos estuvo entre **20 y 24 años**, con una mediana de 23 años.
- b. Respecto al **grado de Instrucción** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que la mayor parte el **53%** **tienen secundaria**. este resultado **guarda similitud** con los obtenidos por Cerrón (2021), en la ciudad de Tarma, Huancayo en Perú, quien

desarrolló el trabajo de investigación para sustentar grado de Obstetra en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, denominado “Factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en un Hospital Público – Huancayo 2018”. Dicha investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en el Hospital El Carmen – Huancayo 2018. De las gestantes atendidas, la mayor parte el **41% tenía grado de instrucción secundaria completa.**

- c. Respecto al lugar procedencia de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que la mayor parte el **53%** son de **la zona rural**; este resultado **guarda similitud** con los obtenidos por obtenidos por Ralda (2018), quien desarrolló la investigación denominada “Caracterización de la mortalidad perinatal en el Hospital Nacional de Huehuetenango”, quien como conclusiones tuvo que **nueve de cada diez mujeres (90%),** vivieron en el **área rural durante el embarazo.**

- d. Respecto a la **ocupación de la madre gestante** con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **80%** se dedican a su casa, este resultado **guarda similitud** con los obtenidos por Cerrón (2021), en la ciudad de Tarma, Huancayo en Perú, desarrolló el trabajo de investigación denominado “Factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en un Hospital Público – Huancayo 2018”. Dicha investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en el Hospital El Carmen – Huancayo 2018. La muestra fue de 97 gestantes atendidas. Como resultados se tuvo que el **48% su ocupación fue ama de casa.**

- e. Respecto al estado civil de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **73% son convivientes**, este resultado **guarda similitud** con los obtenidos por Cerrón (2021), en la ciudad de Tarma, Huancayo en Perú, que desarrolló el trabajo de investigación denominado “Factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en un Hospital Público – Huancayo 2018”. Como resultados se tuvo que el **51% eran convivientes**.
- f. Respecto al número de **partos anteriores de la madre gestante** con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **80%** tuvieron de **tres a más partos**, este resultado **guarda similitud** con los publicados por el INEI (2018), donde sostiene que la razón de riesgo más alto se presenta en los nacimientos ocurridos con **nacimientos mayores a tres**. Asimismo, nuestros resultados guardan similitud con los obtenido por Moreno et. al. (2006), realizaron en Chile, el estudio titulado “Muerte Fetal In Útero: Etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile”, cuyo objetivo fue determinar la etiología y los factores maternos asociados de las muertes fetales intrauterinas. De las **embarazadas estudiadas 61% eran multíparas**.
- g. Respecto al IMC de la madre gestante con muerte fetal de 27 a la semana 40, se encontró en nuestros resultados que el **60% tienen sobrepeso**, este resultado **guarda similitud** con los obtenidos por Trejo et. al. (2022), en la ciudad de México, desarrolló el trabajo de investigación denominada “Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados”. Dicha investigación tuvo como objetivo conocer el índice de muerte fetal tardía y **los factores de riesgo obstétricos**, perinatales y socioeconómicos. Como resultados de los

factores de riesgo obstétricos, se trató de **madres con sobrepeso con un 48.6%**.

En relación con el objetivo específico 2. Identificar los **antecedentes obstétricos** asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Al evaluar los datos obtenidos en nuestra investigación acerca de los **antecedentes obstétricos** asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, se encontró:

- a. Respecto a **abortos previos** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **47% tuvieron abortos previos**; por tanto, se concluye que las madres con **mayores abortos previos** tuvieron un factor alto de riesgo muerte fetal; esta conclusión **guarda similitud** con los obtenidos por Fustamante (2016), en la ciudad de Chiclayo en Perú quien desarrolló el trabajo de investigación titulado “Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque”. Dicha investigación tuvo como objetivo identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y ginecológicos que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en gestaciones mayores de 20 semanas. Como conclusiones correspondientes a las variables obstétricas se encontró que un factor de riesgo importante son los **antecedentes de abortos previos**, el cual tuvo un valor de alta correlación $p= 0,006$ y $p<0,001$.

- b. Respecto a **cesárea anterior** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **13% tuvieron cesárea anterior**; este resultado fue **un riesgo obstétrico asociado con la muerte fetal**, tal como lo sustenta el Hospital Sant Joan De Déu. (2022), en su publicación titulada “Protocolo: control gestacional en gestantes con cesárea anterior” nos refiere que la existencia de una cesárea anterior aumenta el

riesgo de anomalías de placentación (placenta previa y acretismo placentario) y es el principal factor de riesgo de rotura uterina en un siguiente embarazo. Una nueva cesárea comporta un riesgo para futuras gestaciones por complicaciones como placenta previa, acretismo placentario o lesiones intraoperatorias en cesáreas iterativas.

- c. Respecto a **parto prematuro** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **13% tuvieron parto prematuro**; por tanto, se concluye que las madres con **parto prematuro**, fue un factor de muerte fetal; este resultado **guarda similitud** con las conclusiones obtenidas por Ovalle et. al. (2012), quienes desarrollaron la investigación titulada “Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile”, que tuvo como objetivo conocer la mortalidad perinatal del parto prematuro y los factores de riesgo asociados, que tuvieron como conclusiones que entre las 22 y 34 semanas de gestación, el parto prematuro por IBA fue la causa más frecuente de muerte perinatal, la edad gestacional al parto fue el principal factor de riesgo de mortalidad y la hipoxia fue la causa más frecuente de muerte. Del mismo modo nuestras conclusiones guardan coherencia con los obtenidos por Huiza (2003), en la ciudad de Lima en Perú, quien desarrolló el trabajo de investigación “La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial”. Dicha investigación tuvo como objetivo identificar los factores etiopatogénicos asociados a muerte fetal y neonatal en el Hospital San Bartolomé, Lima, casos de muerte fetal mayor de 20 semanas. Se tiene que las muertes fetales estuvieron **asociadas a prematuridad en un 60,5%.**

En relación con el objetivo específico 3. Identificar los factores de **riesgo materno** asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Al evaluar los datos obtenidos en nuestra investigación acerca de **riesgo materno** asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, se encontró:

- a. Respecto a **control de embarazo** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **93% tuvieron control de embarazo y 7% no tuvieron control de embarazo**; por tanto, se concluye que las madres que **no tuvieron control de embarazo** tuvieron un factor muerte fetal; esta conclusión **guarda similitud** con los obtenidos por Moreno et. al. (2006), quienes realizaron en Chile, el estudio titulado “Muerte Fetal In Útero: Etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile”, cuyo objetivo fue determinar la etiología y los factores maternos asociados de las muertes fetales intrauterinas. Los resultados de 50 casos de muerte fetal después de las 20 semanas de gestación, el **15% no controló su embarazo**. Asimismo, nuestras conclusiones guardan coherencia con lo publicado por Panduro et. al. (2011), quien desarrolló el trabajo de investigación “Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México”, dicha investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y perinatales que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en embarazos mayores de 27 semanas. Como resultados de las muertes fetales se debe a la **atención prenatal deficiente**.

- b. Respecto a la **obesidad** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que **27%** tuvieron **obesidad**; por tanto, se concluye que ello se constituye en un factor muerte fetal; esta conclusión **guarda similitud** con los obtenidos por Moreno et al. (2006), quienes realizaron en Chile, el estudio titulado “Muerte Fetal In Útero: Etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile”, cuyo objetivo fue determinar la etiología y los factores maternos asociados de las muertes fetales intrauterinas. Los resultados fueron que la patología materna asociadas al embarazo con **muerte fetal** fue la **obesidad**.
- c. Respecto a la **salud mental, depresión y ansiedad** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que **20%** tuvieron antecedentes de **salud mental, depresión y ansiedad**; por tanto, se concluye que ello se constituye en un factor muerte fetal; esta conclusión **guarda similitud** con los obtenidos por Asociación de Embarazo Americano (2022), en su obra bibliográfica científica denominado “La Depresión durante el Embarazo: Los Signos, Síntomas y Tratamiento” nos refiere que el embarazo está supuesto a ser uno de los tiempos más alegre en la vida de una mujer, pero para muchas mujeres esto es un tiempo de confusión, miedo, **estrés y aún depresión**. Según el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), entre **14 y 23% de mujeres** lucharán con algunos síntomas de **depresión durante el embarazo**.
- d. Respecto a **infecciones** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **20%** tuvieron **infecciones**; por tanto, se concluye que ello se constituye en un factor muerte fetal; esta conclusión **guarda similitud** con los obtenidos por Ralda (2018), en la ciudad de Huehuetenango en Guatemala, quien

desarrolló el trabajo de investigación denominado “Caracterización de la mortalidad perinatal en el Hospital Nacional de Huehuetenango”. Dicha investigación tuvo como objetivo describir las características de la mortalidad perinatal en los mortinatos con edad gestacional mayor a 28 semanas, y en recién nacidos que murieron en los primeros 7 días de vida en el Hospital Nacional de Huehuetenango Como resultados de un total de 151 casos durante el embarazo el **16.7% tuvieron enfermedades tipo infecciosas**. Asimismo, los investigadores Págin J.M, Beardsley T et. al. (2019), nos indica que la infección puede provocar una enfermedad materna sistémica grave, como Urinaria, Neumonía, Pelviperitonitis, disfunción placentaria o invasión de la placenta por microorganismos como E. coli, estreptococo del grupo B, citomegalovirus, Zika.

- e. Respecto a la **violencia de pareja** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que el **13%** tuvieron **violencia de pareja**; por tanto, se concluye que ello se constituye en un factor muerte fetal; esta conclusión **guarda similitud** con la publicación científica de la Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2021), en su obra científica literaria denominada “La violencia doméstica durante el embarazo”, que además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia doméstica durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas.
- f. Respecto a la **alergia** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que **13%** tuvieron **alergia**; por tanto, se concluye que ello se constituye también en un factor muerte fetal;

esta conclusión **guarda similitud** con la bibliografía desarrollada por Alergia, Ferreres (2014), quienes al respeto mencionan que “La anafilaxia es la forma más grave y súbita de reacción alérgica; consiste en una reacción de hipersensibilidad caracterizada por colapso cardiovascular y afectación respiratoria debidos a la liberación masiva de histamina”. “Son pocos los casos descritos en gestantes durante el tercer trimestre del embarazo que hayan tenido consecuencias graves para el feto”.

- g. Respecto a la **anemia** de la madre gestante con muerte fetal, se encontró en nuestros resultados que **13%** (02 madres) tuvieron **anemia**; por tanto, se concluye que ello se constituye en un factor muerte fetal; esta conclusión **guarda similitud** con los obtenidos por De La Cruz (2018), quien realizó la investigación titulada “Valor anormal de hemoglobina materna y Riesgo de muerte fetal” en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, para titularse como Médico Cirujano. El objetivo fue determinar la asociación entre el valor anormal de hemoglobina materna y el riesgo de desarrollar muerte fetal en el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) en el período enero 2005 – enero 2015. Incluyéndose un total de 102 casos y 204 controles, Como conclusiones se tuvo que la anemia gestacional constituye un factor de riesgo para muerte fetal, con un Odds Ratio de 2.3 y una significancia estadística de $p < 0,01$.

En relación con el objetivo específico 4. Identificar **factores clínicos fetales** asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Al evaluar los datos obtenidos en nuestra investigación acerca de los **factores clínicos fetales** asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, se encontró:

- a. Respecto al tipo de **muerte fetal**, se encontró que el **87%** tuvieron **muerte fetal tardía** mayor a 28 semanas, estos resultados **guardan similitud** con los obtenidos por Tinedo (2016), quien realizó un trabajo de investigación titulado “Muerte fetal: caracterización epidemiológica”. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, con el objetivo de determinar, a través de revisión de las historias clínicas, las características epidemiológicas de las muertes fetales en la Maternidad Dr. José Luis Facchin de Boni, en el período enero 2007 marzo 2013. La población fue 1236 gestantes con diagnóstico de muerte fetal, determinando una tasa de 56,28 muertes fetales por cada 1000 nacimientos y abortos. La mayoría de dichas **muertes fetales tardías** alcanzaron el **85,03%, ocurriendo esto por debajo de las 37 semanas.**
- b. Respecto a la Categoría de la causa básica de muerte, se encontró que el **67%** tenían categoría perinatal, el **27%** tenían categoría infección y el **7%** tenían categoría ascitis fetal, estos resultados **guardan similitud** con los obtenidos por Ralda (2018), en la ciudad de Huehuetenango en Guatemala, quien desarrolló el trabajo de investigación denominado “Caracterización de la mortalidad perinatal en el Hospital Nacional de Huehuetenango”. Dicha investigación tuvo como objetivo describir las características de la mortalidad perinatal en los mortinatos con edad gestacional mayor a 28 semanas. Conclusiones: **66% de las muertes perinatales**

nacieron antes de las **37 semanas** y **sepsis neonatal** fue el **diagnóstico de muerte** con más frecuencia.

5.4 Aporte científico de la investigación

Luego de aplicar la metodología científica para realizar nuestra investigación ceñida a la determinación de los objetivos establecidos, podemos afirmar que los hallazgos expuestos a lo largo del trabajo de investigación contribuirán como un aporte científico a la comunidad global de investigadores, estudiosos, funcionarios y trabajadores de las instituciones ligados a la salud.

CONCLUSIONES

Del objetivo general:

Respecto al **objetivo general**; sobre los factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Se encontró que el **87%** tuvieron muerte fetal tardía mayor a 28 semanas y el **13%** tuvieron muerte fetal intermedia de 22 a 27 semanas.

Respecto a la Categoría de la causa básica de muerte, se encontró que el **67%** tenían categoría perinatal, el **27%** tenían categoría infección y el **7%** tenían categoría ascitis fetal.

De los objetivos específicos:

Respecto al objetivo específico 1: Identificar las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, se encontró que el 60% de las madres con muerte fetal tuvieron entre 20 a 35 años, que el 53% tienen grado de instrucción secundaria, que el 53% proceden de la zona rural, que el 80% se dedican a su casa, que el 73% son de estado civil conviviente, que el 80% tienen de tres a más partos, y que el 60% de las madres con muerte fetal tienen sobrepeso.

Respecto al objetivo específico 2: Identificar los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, se identificó que el 47% de mujeres con muerte fetal tuvieron abortos previos, que el 13% tuvieron cesárea anterior y que el 13% tuvieron partos prematuros.

Respecto al objetivo específico 3: Identificar los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, se identificó que el 93% de mujeres con muerte fetal tuvieron control de embarazo y 7% no tuvieron control de embarazo, que el 27% tuvieron obesidad, que el 20% tuvieron

antecedentes de salud mental, depresión y ansiedad, que el 20% tuvieron infecciones, que el 13% tuvieron violencia de pareja, que el 13% tuvieron alergia y que el 13% tuvieron anemia.

Respecto al objetivo específico 4: Identificar factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, se identificó que el 87% de mujeres con muerte fetal tuvieron muerte fetal tardía y que el 67% tenían categoría perinatal y el 7% tenían categoría ascitis.

Respecto a la Contrastación de hipótesis general

De los resultados se tiene respecto a que, sí existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022, del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p < 0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y **factor de riesgo**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

Hi: Existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Ho: No existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la Hipótesis Nula (H_0) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (H_i).

Respecto a la Contrastación de las hipótesis específicas

Contrastación de Hipótesis específicas H_{i1} y H_{o1} :

De los resultados del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p <$

0.05, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y las **características sociodemográficas**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

Hi₁: Sí influyen las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Ho₁: No influyen las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (Ho_1) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (Hi_1).

Contrastación de Hipótesis específicas Hi₂ y Ho₂:

De los resultados del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p = 0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p < 0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y los **antecedentes obstétricos**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

Hi₂: Sí influyen los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Ho₂: No influyen los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (Ho_2) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (Hi_2).

Contrastación de Hipótesis específicas H_{i3} y H_{o3} :

De los resultados del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p<0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y el **riesgo materno**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

H_{i3} : Sí influyen los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

H_{o3} : No influyen los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p=0.000$ y siendo este menor a $p<0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (H_{o3}) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (H_{i3}).

Contrastación de Hipótesis específicas H_{i4} y H_{o4} :

De los resultados del análisis inferencial, se obtuvo un valor de probabilidad de $p=0.000$ y siendo este valor menor al crítico establecido para nuestro análisis como $p<0.05$, nos indica que **existe correlación significativa** entre las variables **muerte fetal** y los **factores clínicos**.

Para la prueba de contrastación de hipótesis, se tuvo en cuenta las siguientes hipótesis:

H_{i4} : Sí influyen los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

H_{o4} : No influyen los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

Entonces, si tenemos en cuenta el resultado obtenido $p = 0.000$ y siendo este menor a $p < 0.05$, entonces rechazamos la hipótesis nula (H_0) y **se acepta** la Hipótesis de Investigación (H_1).

SUGERENCIAS

- A los Directivos del Hospital:

Se entregará un ejemplar de los resultados del presente trabajo de investigación para que sirva de base para toma de acciones en bienestar de las madres usuarias y la protección de la vida.

- A la Jefatura del servicio de Obstetricia:

Coordinar con Jefatura de Obstetras para elaborar un cronograma de capacitación teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación.

- Al personal de Obstetricia de consultorios de atención prenatal:

Tomar conciencia en la misión que desempeñan en bien del binomio madre-niño y la importancia de la salud prenatal.

- A la Comunidad Científica:

A los que se dedican a las investigaciones en general que sigan la línea de investigación realizando estudios de mayor profundidad y alcance relacionados a las muertes fetales y sus repercusiones en nuestra región y en nuestra sociedad.

Autorizo el uso y reproducción a la comunidad investigadora para fines académicos.

REFERENCIAS

Asociación de Embarazo Americano, 2022, p.1.

Aminu M, Bar-Zeev S, van den Broek N. (2017). *Causa y factores asociados con muerte fetal: una revisión sistemática de los sistemas de clasificación*. Act Obstet Gynecol Scand; 96:519

Arritm Almudena Ortiz-Garrido, Victorio Cuenca-Peiró, Lourdes Conejo-Muñoz, Beatriz Picazo-Angelín, Manuel de Mora-Martín, Juan Ignacio Zabala-Argüelles. (2020) *Arritmias fetales: diagnóstico, tratamiento y resultado perinatal*. *Arritmias fetales: diagnóstico, tratamiento y resultado perinatal*.

Boyd TK. (2018). *Muerte letal. Patología placentaria y gestacional*, 1.^a ed., Redline RW, Boyd TK, Roberts DJ (Eds), Cambridge University Press, Cambridge. p.316.

Boyd TK. (2018). *Muerte letal. Patología placentaria y gestacional*, 1.^a ed., Redline RW,

Boyd TK, Roberts DJ (Eds), Cambridge University Press, Cambridge. p.316.

Boyd TK. (2018). *Muerte letal. Patología placentaria y gestacional*, 1.^a ed., Redline RW,

Boyd TK, Roberts DJ (Eds), Cambridge University Press, Cambridge. p.316.

Espinoza M, Flores T, Rudy A. (2010). *Factores biológicos, socioculturales y económicos de la mortalidad perinatal del municipio de San Miguel registrada en el Hospital Regional*. <http://ri.ues.edu.sv/4772/1/50107815.pdf>

Cerrón Cantaro, Yanderin Elizabeth Hidalgo Lucas. (2021). *Factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en un Hospital Público – Huancayo 2018*. Escuela Formación Profesional de Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Tarma. Perú.

Cheong-See F, Schuit E, Arroyo-Mansion D, et al. (2016). *Riesgo prospectivo de muerte fetal y complicaciones neonatales en embarazos gemelares: revisión sistemática y metanálisis*. *BMJ*; 354:i4353.

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, (2020). *Sociedad de Materno-Fetal Medicamento. Manejo de la muerte fetal: Consenso de atención obstétrica No. 10*. *Obstet Gynecol*; 135: e110

Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL (2020). *Objetivos de desarrollo del milenio; Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años*. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/odm4_hoja_mortalidad_infantil.pdf

Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos. (s.f). *Depresión durante el embarazo*. *ACOG*. <https://www.acog/womens-health/faqs/depression-during-pregnancy>

- De La Cruz, J. B. (2018). *Valor anormal de hemoglobina materna y Riesgo de muerte fetal*. Facultad de Medicina Humana. Universidad Privada Antenor Orrego. Lima.
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3936/1/REP_ME D.HUMA JACK.DELACRUZ VALOR.ANORMAL.HEMOGLOBIN A.MATERNA.RIESGO.MUERTE.FETAL.pdf
- Donoso Bernal, B., Oyarzún Ebensperger, E. (2012). *Embarazo de alto riesgo*. Medwave revista médica y de salud pública.
<http://doi.org/10.5867/medwave.2012.05.5429>
- Ferreres García, K., Juan de León, L., Seoane E., García Marqués, E. Sanjuan, C. Ortiz Quintana, L. (2014). *Choque anafiláctico en una gestante en el tercer trimestre de embarazo*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom143f.pdf>
- Fondo de las Naciones unidas para la infancia (2019). *Mortalidad maternal*. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>
- Fustamante Núñez, Cesar Fernando. (2016). *Factores asociados a muerte fetal en dos hospitales referenciales de Lambayeque*. Facultad de Medicina. Universidad San Martín de Porras Chiclayo. Perú.

- Gibbins, K. J., Silver, R. M., Pinar, H., Reddy, U. M., Parker, C. B., Thorsten, V. Goldenberg, R. L. (2018). *Mortinatos, trastornos hipertensivos del embarazo y placentarios patología*. Placenta, 43, 61–68.
- Groan H, Bouman K, Pierini A, et al. (2017). *Mortinatos y mortalidad neonatal en embarazos complicados por anomalías congénitas importantes: Hallazgos de una gran cohorte europea*. Prenat Diagnóstico; 37:1100.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2001). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill, 2ª. Edición.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2001). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill, 2ª. Edición.
- Hospital Sant Joan De Déu. (2022). *Protocolo: control gestacional en gestantes con Cesárea Anterior*. Universidad de Barcelona. <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf>
- Huiza, Lilia, Pacora, Percy, Ayala, Máximo, & Buzzio, Ytala. (2003). La muerte fetal y la muerte neonatal tienen origen multifactorial. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(1), 13-20. Recuperado en 21 de octubre de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832003000100003&lng=es&tlng=es.
- Instituto Nacional de Estadística [INEI]. (2018). *Mortalidad infantil y en la niñez*. Capítulo 7. Perú.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap007.pdf

Kubendran S, Duong J, Dong F, et al. (2018). *Implementación de un protocolo para optimizar la ddetección de anomalías cromosómicas en casos de aborto espontáneo o muerte fetal en un Hospital Docente del Medio Oeste*. Permanente J; 22:17

Korteweg FJ, Gordijn SJ, Timmer A, et al. 2016. *La clasificación de Tulip de perinatal. Nacimiento: introducción y acuerdo Inter evaluador multidisciplinar*. BJOG; 113:393

Lawn JE, McCarthy BJ, Rae Ross S. (2002). *El recién nacido sano: un sistema de información de gestión de la salud del recién nacido 2*. CDC.

Ministerio de Salud. Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal. (2009). *Norma Técnica de Salud N° 078-MINSA/DGE-V.01, aprobada con Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA*, Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología.

Ministerio de Salud. Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal [Internet]. Lima: MINSA, Dirección General de Epidemiologia, 2009. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1014_OGE153.pdf

Ministerio de Salud. Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal. (2009). *Norma Técnica de Salud N° 078-MINSA/DGE-V.01*,

aprobada con Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología.

Mondal D, Galloway TS, Bailey TC, Mathews F. (2014). *Riesgo elevado de muerte fetal en los hombres: revisión sistemática y metanálisis de más de 30 millones de nacimientos*. BMC Med.; 12:220.

Moreno J., Madariaga A., Poulsen R. (2006). *Muerte fetal en útero, etiología y factores asociados en el Hospital Regional de Antofagasta, Chile*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal vol. 11, núm. 2, 2006, pp. 89-93. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71712102>

Trejo Valencia, Katy Xóchitl. Ávila Esquivel, José Fernando. Pardo Morales, Rosa Virgen. (2022). Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados. *Revista de Investigación Clínica*, 74 (1), 71-78

Panduro B, J. Guadalupe, Pérez M, J. Jesús, Panduro M, Elizabeth Guadalupe, Castro H, Juan Francisco, & Vázquez G, María Dolores. (2011). *Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México*. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 76(3), 169-174. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000300006>

Organización Mundial de la Salud – OMS. (2020). *Muerte prenatal*.

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Situación de Salud en las Américas.*

Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2021). *La violencia doméstica durante el embarazo.*
<https://www3.paho.org/Spanish/AD/GE/VAWPregnancysp.pdf>

Ovalle S, Alfredo, Kakarieka W, Elena, Díaz C, Marcela, García Huidobro M, Trinidad, Acuña M, María Jesús, Morong C, Carla, Abara C, Selim, & Fuentes G, Ariel. (2012). *Mortalidad perinatal en el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago, Chile.* Revista chilena de obstetricia y ginecología, 77(4), 263-270.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400005>

Página J.M, Beardsley T, Thorsten V. (2019). *Muerte fetal asociada con infección en un Estados Unidos diverso Grupo.* Obstet Gynecol; 134:1187

Peña Roberto, M. (2012). *Metodología de la Investigación.* Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle.

Programa Centroamericano de Población - PCP. (2021). *Seguimiento y Evaluación de Programas de Salud Reproductiva.* Universidad de Costa Rica.
<https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3315per.htm>

Ralda Morales, Herbert Adolfo. (2018). *Caracterización de la mortalidad perinatal en el Hospital Nacional de Huehuetenango.* Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

- Ribas, E. (2021). *Los antecedentes obstétricos desfavorables. Psicología Perinatal*.
<https://emmaribas.com/los-antecedentes-obstetricos-desfavorables/>
- Rojas E, Salas K, Oviedo G, Plenzyk G. (2006). *Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos*. Rev. chile. obstet. ginecol; 71(1):2228.
- Romero-González, Borja, Caparrós-González, Rafael-A., Strivens-Vílchez, Helen, & Peralta-Ramírez, María-Isabel. (2018). ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo?. *Nutrición Hospitalaria*, 35(2), 332-339. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1192>
- Sánchez, J. (2007). *Estadística Básica aplicada a la Educación*. Madrid: CCS.
- Senado Dumoy, Justo. (1999). *Los factores de riesgo*. Rev. Cubana Med. Gen. Integr [online]. 1999, vol.15, n.4, pp.446-452. ISSN 0864-2125.
- Tinedo, María J, Santander P, Francisco, Alonso F, José, Herrera H, Adrián, Colombo S, Carla, & Díaz, Mardorys. (2016). Muerte fetal: caracterización epidemiológica. *Salus*, 20(2), 37-43. Recuperado en 12 de marzo de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000200008&lng=es&tlng=es.
- Wojcieszek AM, Shepherd E, Middleton P, et al. (2018). *Intervenciones para la investigación e identificar las causas de la muerte fetal*. Sistema de base de datos Cochrane Rev.; 4: CD012504.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Tabla 20

Título de la investigación: “Factores relacionados a muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital de Tingo María, Huánuco, 2022”

Investigadora: Magaly Pérez Tarazona.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	TECNICA E INSTRUMENTO	METODOLOGIA
¿Cuáles son los factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?	Determinar los factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.	<p>Hi: Existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>Ho: No existen factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Muerte Fetal</p>	Diagnóstico de Muerte Fetal	Número de casos	<p>Técnica</p> <p>Análisis documental.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de trabajo</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Aplicada.</p> <p>Enfoque de la investigación:</p> <p>cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación:</p>

PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVOS ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICO					No experimental.
1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo	1. Identificar las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el	Hi1: Si influyen las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.		<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes obstétricos - Riesgo Materno 	Número de casos		<p style="text-align: center;">Diseño</p> <p style="text-align: center;">Descriptivo correlacional</p> <p style="text-align: center;">Población:</p>

<p>María, Huánuco, 2022?</p> <p>2. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?</p> <p>3. ¿Cuáles son los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el</p>	<p>Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>2. Identificar los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>3. Identificar los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal</p>	<p>Ho1: No influyen las características sociodemográficas asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>Hi2: Si influyen los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>Ho2: No influyen los antecedentes obstétricos asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el</p>	<p>Variable 2</p> <p>Factor de Riesgo</p>	<p>- Riesgos Clínicos fetales</p>			<p>La población estará compuesta por la totalidad de las historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.</p> <p style="text-align: center;">Muestra:</p> <p>15 historias clínicas de muertes fetales del Hospital de Tingo María, ocurridos durante el 2022.</p>
---	--	---	--	-----------------------------------	--	--	---

<p>Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?</p> <p>4. ¿Cuáles son los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022?</p>	<p>de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>4. Identificar factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p>	<p>Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>Hi3: Si influyen los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>Ho3: No influyen los factores de Riesgo Materno asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p> <p>Hi4: Si influyen factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

		Ho4: No influyen los factores clínicos fetales asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.						
--	--	---	--	--	--	--	--	--



ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO



ID:

FECHA: / /

TÍTULO: FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL DE USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA, HUÁNUCO, 2022.

OBJETIVO:

Determinar los factores asociados con la muerte fetal de usuarias atendidas en el Hospital Tingo María, Huánuco, 2022.

INVESTIGADORA: MAGALY PÉREZ TARAZONA

Consentimiento / Participación voluntaria

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento libre y voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la intervención sin que me afecte de manera alguna.

- **Firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del participante: _____



Firma del investigador responsable: _____



ANEXO N° 03

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE

DATOS

FICHA DE TRABAJO



I. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE GESTANTE

1. Edad:

Menor de 19 años 20 a 35 años Mayor de 35 años

2. Grado de instrucción:

Sin instrucción Primaria Secundaria Superior técnico
 superior universitario

3. Procedencia:

Urbano Urbano marginal Rural

4. Estado civil:

Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada

5. Ocupación:

Ama de casa Dependiente Independiente Estudiante

6. Paridad:

7. IMC pre gestacional:

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- | | |
|--|---------------|
| 8. Abortos Previos | SI () NO () |
| 9. Partos Prematuros | SI () NO () |
| 10. Cesárea anterior: | SI () NO () |
| 11. Fetos Con Retraso De Crecimiento Intrauterino | SI () NO () |
| 12. Malformaciones O Enfermedades Genéticas | SI () NO () |
| 13. Patologías Asociadas al Embarazo Como Preeclampsia | SI () NO () |
| 14. Diabetes Gestacional | SI () NO () |
| 15. Casos De Muerte Fetal | SI () NO () |
| 16. Casos De Muerte Fetal Neonatal | SI () NO () |
| 17. Otros Quirúrgicos | SI () NO () |

III. RIESGO MATERNO

- | | |
|--|---------------|
| 18. Urosepsis | SI () NO () |
| 19. Hipertensión del embarazo | SI () NO () |
| 20. Hipertensión arterial crónica | SI () NO () |
| 21. Anemia | SI () NO () |
| 22. Asma | SI () NO () |
| 23. Cefalea | SI () NO () |
| 24. Alergia | SI () NO () |
| 25. Obesidad | SI () NO () |
| 26. Hernia hiatal | SI () NO () |
| 27. Fibroma uterino | SI () NO () |
| 28. Control del embarazo | SI () NO () |
| 29. Presión arterial alta | SI () NO () |
| 30. Salud mental, depresión y ansiedad | SI () NO () |
| 31. Diabetes | SI () NO () |
| 32. Infecciones | SI () NO () |

33. Consumo y/o trastornos por consumo sustancias SI () NO ()
34. Violencia en la pareja SI () NO ()
35. Sin antecedentes SI () NO ()

IV. RIESGOS CLÍNICOS FETALES

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL FETO

36. Edad gestacional semanas
37. Sexo Masculino () Femenino ()
38. Peso fetal (feto fallecido) gramos
39. Talla fetal (feto fallecido) centímetros
40. Tipo de muerte fetal
41. Categoría de la causa básica de muerte.....



ANEXO N° 04

VALIDACION DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE MUERTE FETAL

Nombre del experto: Mg. Merlyn Flores Shupingahua Especialidad: Maestría en Salud Pública y Docencia Universitaria

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL	Muerte fetal temprana	4	4	4	4
	Muerte fetal tardía	4	4	4	4
	Muerte fetal a término	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado:

SI (x) NO ()


 Merlyn Flores Shupingahua
 OBSTETRA
 COP. 762R
Firma y Sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE FACTOR DE RIESGO

Nombre del experto: Mg. Merlyn Flores Shupingahua Especialidad: Maestría en Salud Pública y Docencia Universitaria

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Antecedente de Abortos Previos	4	4	4	4
	Antecedentes de Partos Prematuros	4	4	4	4
	Antecedente de Cesáreas anteriores	4	4	4	4
	Antecedente de Fetos Con Retraso De Crecimiento Intrauterino	4	4	4	4
	Antecedente de Malformaciones O Enfermedades Genéticas	4	4	4	4
	Antecedente de Patologías Asociadas al Embarazo como Preeclampsia	4	4	4	4
	Antecedente de Diabetes Gestacional	4	4	4	4
	Antecedente de Casos De Muerte Fetal	4	4	4	4
	Antecedente de Casos De Muerte Fetal Neonatal	4	4	4	4
	Antecedente de Otros Quirúrgicos	4	4	4	4
RIESGO MATERNO	Presencia de Urosepsis	4	4	4	4
	Presencia de Hipertensión del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de Hipertensión arterial crónica	4	4	4	4
	Presencia de Anemia	4	4	4	4

	Presencia de Asma	4	4	4	4
	Presencia de Cefalea	4	4	4	4
	Presencia de Alergia	4	4	4	4
	Presencia de Obesidad	4	4	4	4
	Presencia de Hernia hiatal	4	4	4	4
	Presencia de Fibroma uterino	4	4	4	4
	Control del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de depresión y ansiedad	4	4	4	4
	Presencia de diabetes	4	4	4	4
	Presencia de infecciones	4	4	4	4
	Presencia de Consumo y/o trastornos por consumo sustancias	4	4	4	4
	Presencia de Violencia en la pareja	4	4	4	4
	Sin antecedentes	4	4	4	4
RIESGO CLÍNICO FETALES	Edad gestacional	4	4	4	4
	Peso fetal	4	4	4	4
	Talla fetal	4	4	4	4
	Tipo de muerte fetal	4	4	4	4
	Categoría de la casusa básica de la muerte	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado:

SI (X) NO ()



 Meryn Flores Shupengahu
 OBSTETRA
 COP. 7626

Firma y Sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE MUERTE FETAL

Nombre del experto: Mg. Susy Leticia Casas Barcal Especialidad: Maestría en Gerencia en Servicios de Salud


“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL	Muerte fetal temprana	4	4	4	4
	Muerte fetal tardía	4	4	4	4
	Muerte fetal a término	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO () En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()


 GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
 U.E. 403 SALUD LEONCIO PRADO
 Susy Leticia Casas Barcal
 COP N° 12745

Firma y Sello

	Presencia de Asma	4	4	4	4
	Presencia de Cefalea	4	4	4	4
	Presencia de Alergia	4	4	4	4
	Presencia de Obesidad	4	4	4	4
	Presencia de Hernia hiatal	4	4	4	4
	Presencia de Fibroma uterino	4	4	4	4
	Control del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de depresión y ansiedad	4	4	4	4
	Presencia de diabetes	4	4	4	4
	Presencia de infecciones	4	4	4	4
	Presencia de Consumo y/o trastornos por consumo sustancias	4	4	4	4
	Presencia de Violencia en la pareja	4	4	4	4
	Sin antecedentes	4	4	4	4
RIESGO CLÍNICO FETALES	Edad gestacional	4	4	4	4
	Peso fetal	4	4	4	4
	Talla fetal	4	4	4	4
	Tipo de muerte fetal	4	4	4	4
	Categoría de la casusa básica de la muerte	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado:

SI (x) NO ()

GOBIERNO REGIONAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
U.E. 403 SERVICIO LEONOR PRADO
L. CASAS BARRAL
OP N° 12745
Firma y Sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE MUERTE FETAL

Nombre del experto: Mg. Gina Paola Ruiz Herrera Especialidad: Maestría en Salud Pública y Docencia Universitaria

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL	Muerte fetal temprana	4	4	4	4
	Muerte fetal tardía	4	4	4	4
	Muerte fetal a término	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado:

SI (X) NO ()



Firma y Sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE FACTOR DE RIESGO

Nombre del experto: Mg. Gina Paola Ruiz Herrera Especialidad: Maestría en Salud Pública y Docencia Universitaria

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Antecedente de Abortos Previos	4	4	4	4
	Antecedentes de Partos Prematuros	4	4	4	4
	Antecedente de Cesáreas anteriores	4	4	4	4
	Antecedente de Fetos Con Retraso De Crecimiento Intrauterino	4	4	4	4
	Antecedente de Malformaciones O Enfermedades Genéticas	4	4	4	4
	Antecedente de Patologías Asociadas al Embarazo como Preeclampsia	4	4	4	4
	Antecedente de Diabetes Gestacional	4	4	4	4
	Antecedente de Casos De Muerte Fetal	4	4	4	4
	Antecedente de Casos De Muerte Fetal Neonatal	4	4	4	4
	Antecedente de Otros Quirúrgicos	4	4	4	4
RIESGO MATERNO	Presencia de Urosepsis	4	4	4	4
	Presencia de Hipertensión del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de Hipertensión arterial crónica	4	4	4	4
	Presencia de Anemia	4	4	4	4

	Presencia de Asma	4	4	4	4
	Presencia de Cefalea	4	4	4	4
	Presencia de Alergia	4	4	4	4
	Presencia de Obesidad	4	4	4	4
	Presencia de Hernia hiatal	4	4	4	4
	Presencia de Fibroma uterino	4	4	4	4
	Control del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de depresión y ansiedad	4	4	4	4
	Presencia de diabetes	4	4	4	4
	Presencia de infecciones	4	4	4	4
	Presencia de Consumo y/o trastornos por consumo sustancias	4	4	4	4
	Presencia de Violencia en la pareja	4	4	4	4
	Sin antecedentes	4	4	4	4
RIESGO CLÍNICO FETALES	Edad gestacional	4	4	4	4
	Peso fetal	4	4	4	4
	Talla fetal	4	4	4	4
	Tipo de muerte fetal	4	4	4	4
	Categoría de la casusa básica de la muerte	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado:

SI (X) NO ()


Gina Paola Torres
 OBSTETRA
 COP 18302

Firma y Sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE MUERTE FETAL

Nombre del experto: Mg. Alfredo Villarreal Sánchez Especialidad: Maestría en Gerencia en Servicios de Salud.

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL	Muerte fetal temprana	4	4	4	4
	Muerte fetal tardía	4	4	4	4
	Muerte fetal a término	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()


 Alfredo Villarreal Sánchez
 OBSTETRA COP 12078

Firma y Sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE FACTOR DE RIESGO

Nombre del experto: Mg. Alfredo Villarreal Sánchez Especialidad: Maestría en Gerencia en Servicios de Salud.

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Antecedente de Abortos Previos	4	4	4	4
	Antecedentes de Partos Prematuros	4	4	4	4
	Antecedente de Cesáreas anteriores	4	4	4	4
	Antecedente de Fetos Con Retraso De Crecimiento Intrauterino	4	4	4	4
	Antecedente de Malformaciones O Enfermedades Genéticas	4	4	4	4
	Antecedente de Patologías Asociadas al Embarazo como Preeclampsia	4	4	4	4
	Antecedente de Diabetes Gestacional	4	4	4	4
	Antecedente de Casos De Muerte Fetal	4	4	4	4
	Antecedente de Casos De Muerte Fetal Neonatal	4	4	4	4
	Antecedente de Otros Quirúrgicos	4	4	4	4
RIESGO MATERNO	Presencia de Urosepsis	4	4	4	4
	Presencia de Hipertensión del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de Hipertensión arterial crónica	4	4	4	4
	Presencia de Anemia	4	4	4	4

	Presencia de Asma	4	4	4	4
	Presencia de Cefalea	4	4	4	4
	Presencia de Alergia	4	4	4	4
	Presencia de Obesidad	4	4	4	4
	Presencia de Hernia hiatal	4	4	4	4
	Presencia de Fibroma uterino	4	4	4	4
	Control del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de depresión y ansiedad	4	4	4	4
	Presencia de diabetes	4	4	4	4
	Presencia de infecciones	4	4	4	4
	Presencia de Consumo y/o trastornos por consumo sustancias	4	4	4	4
	Presencia de Violencia en la pareja	4	4	4	4
	Sin antecedentes	4	4	4	4
RIESGO CLÍNICO FETALES	Edad gestacional	4	4	4	4
	Peso fetal	4	4	4	4
	Talla fetal	4	4	4	4
	Tipo de muerte fetal	4	4	4	4
	Categoría de la casusa básica de la muerte	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado:

SI (X) NO ()


 Alfredo Villarreal Sánchez
 OBSTETRA COP 1302e
 Firma y Sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE MUERTE FETAL

Nombre del experto: Mg. Verónica Castillo Ruiz Especialidad: Maestría en Salud Pública y Docencia
Universitaria.

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
DIAGNÓSTICO DE MUERTE FETAL	Muerte fetal temprana	4	4	4	4
	Muerte fetal tardía	4	4	4	4
	Muerte fetal a término	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()


 UNIVERSIDAD DE EL ÁNUCO
 VIDA Salud y Progreso
 Mg. Verónica Castillo Ruiz
 COORD. ACADÉMICO
 P.A. OBSTETRICIA
Firma y Sello

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA VARIABLE FACTOR DE RIESGO

Nombre del experto: Mg. Verónica Castillo Ruiz Especialidad: Maestría en Salud Pública y Docencia Universitaria

“Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad”

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Antecedente de Abortos Previos	4	4	4	4
	Antecedentes de Partos Prematuros	4	4	4	4
	Antecedente de Cesáreas anteriores	4	4	4	4
	Antecedente de Fetos Con Retraso De Crecimiento Intrauterino	4	4	4	4
	Antecedente de Malformaciones O Enfermedades Genéticas	4	4	4	4
	Antecedente de Patologías Asociadas al Embarazo como Preeclampsia	4	4	4	4
	Antecedente de Diabetes Gestacional	4	4	4	4
	Antecedente de Casos De Muerte Fetal	4	4	4	4
	Antecedente de Casos De Muerte Fetal Neonatal	4	4	4	4
	Antecedente de Otros Quirúrgicos	4	4	4	4
RIESGO MATERNO	Presencia de Urosepsis	4	4	4	4
	Presencia de Hipertensión del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de Hipertensión arterial crónica	4	4	4	4
	Presencia de Anemia	4	4	4	4

	Presencia de Asma	4	4	4	4
	Presencia de Cefalea	4	4	4	4
	Presencia de Alergia	4	4	4	4
	Presencia de Obesidad	4	4	4	4
	Presencia de Hernia hiatal	4	4	4	4
	Presencia de Fibroma uterino	4	4	4	4
	Control del embarazo	4	4	4	4
	Presencia de depresión y ansiedad	4	4	4	4
	Presencia de diabetes	4	4	4	4
	Presencia de infecciones	4	4	4	4
	Presencia de Consumo y/o trastornos por consumo sustancias	4	4	4	4
	Presencia de Violencia en la pareja	4	4	4	4
	Sin antecedentes	4	4	4	4
RIESGO CLÍNICO FETALES	Edad gestacional	4	4	4	4
	Peso fetal	4	4	4	4
	Talla fetal	4	4	4	4
	Tipo de muerte fetal	4	4	4	4
	Categoría de la casusa básica de la muerte	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado:

SI (X) NO ()


 UNIVERSIDAD DE HUANCAYO
 Filial Leoncio Prado
 Mg. Obstra. Mónica Castilla Ruiz
 COORD. ACADÉMICO
 P.A.P. OBSTETRICIA
 Firma y Sello

NOTA BIOGRÁFICA

Magaly Pérez Tarazona, nació el 6 de setiembre de 1980, en el distrito de José Crespo y Castillo, provincia de Leoncio Prado, departamento de Huánuco, hija de don Darwin Pérez García, fallecido y doña Licé Tarazona Villanueva quien actualmente se encuentra viva.

En el año de 1998 ingresó a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán y estudió la carrera profesional de Obstetricia, perteneciendo a la promoción José Pacheco Romero, se tituló de Obstetrix; actualmente son 20 años desde que egresó de las aulas universitarias.

En cuanto a su capacitación, el año 2009 culminó el Diploma de Educación para la Salud Materna con mención en Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal-Posnatal en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Facultad de Obstetricia. El año 2020 obtuvo el título de Especialista en Alto Riesgo Obstétrico en la Escuela de Posgrado de la Universidad de Huánuco. En el año 2021 realizó estudios en Auditoría en Salud a nivel de diplomado y obtuvo una Certificación en Educación Perinatal en Universidad Nacional de Ucayali.

Trabajó en el Centro de Salud Aucayacu desde el año 2006 al año 2010, el año 2011 trabajó como Docente Contratada en el Instituto Superior de Educación Público “José Crespo y Castillo” de Aucayacu, enseñó un semestre el curso Promoción de la Salud. Actualmente trabaja en el Hospital Tingo María desde el 1 de noviembre del 2010 hasta la actualidad.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 099-2019-SUNEDU/CD



Huánuco – Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V "A" 2do. Piso – Cayhuayna
 Teléfono 514760 -Pág. Web. www.posgrado.unheval.edu.pe



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En la Plataforma Microsoft Teams de la Escuela de Posgrado, siendo las **13:00h**, del día **miércoles 27 DE SETIEMBRE DE 2023** ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dra. Enit Ida VILLAR CARBAJAL
 Dr. Victor QUISPE SULCA
 Mg. Gladys Luz Herrera Alania

Presidenta
 Secretario
 Vocal

Asesor (a) de tesis: Dra. Maribel Selma CHAMORRO GUERRA (Resolución N° 03837-2022-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña Magaly PEREZ TARAZONA.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **“FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL DE USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2022”**

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- Presentación personal.
- Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
- Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Diecisiete (17)
 Equivalente a Muy Bueno, por lo que se declara Aprobado
 (Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 14:10 horas de 27 de setiembre de 2023.

PRESIDENTE
 DNI N° 22408286

SECRETARIO
 DNI N° 22962246

VOCAL
 DNI N° 22422312

Leyenda:
 19 a 20: Excelente
 17 a 18: Muy Bueno
 14 a 16: Bueno

(Resolución N° 00201-2023-UNHEVAL/EPG-D)



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN



ESCUELA DE POSGRADO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

La que suscribe:

Dra. Digna Amabilia Manrique de Lara Suarez

HACE CONSTAR:

Que, la tesis titulada: **“FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL DE USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2022.”**, realizado por el Maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria, **Magaly PEREZ TARAZONA**, cuenta con un **índice de similitud del 20%**, verificable en el Reporte de Originalidad del software Turnitin. Luego del análisis se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio; por lo expuesto, la Tesis cumple con las normas para el uso de citas y referencias, además de no superar el 20,0% establecido en el Art. 233° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado Modificado de la UNHEVAL (Resolución Consejo Universitario N° 0720-2021-UNHEVAL, del 29.NOV.2021).

Cayhuayna, 11 de setiembre de 2023.



Dra. Digna Amabilia Manrique de Lara Suarez
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE POSGRADO

NOMBRE DEL TRABAJO

FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL DE USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2022

AUTOR

MAGALY PEREZ TARAZONA

RECUENTO DE PALABRAS

14614 Words

RECUENTO DE CARACTERES

78225 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

75 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

196.7KB

FECHA DE ENTREGA

Sep 9, 2023 12:48 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Sep 9, 2023 12:49 PM GMT-5

● 20% de similitud general

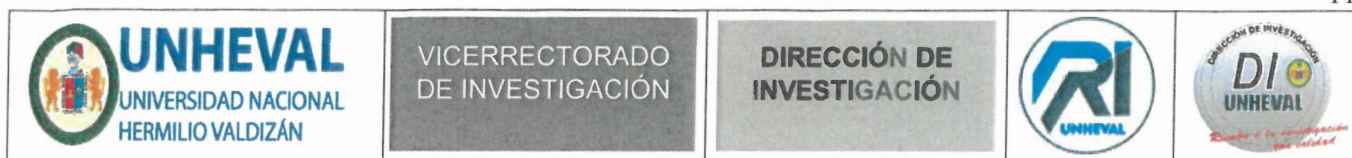
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 20% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)





AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

Pregrado		Segunda Especialidad		Posgrado:		Maestría		Doctorado	X
-----------------	--	-----------------------------	--	------------------	--	----------	--	-----------	---

Pregrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	
Escuela Profesional	
Carrera Profesional	
Grado que otorga	
Título que otorga	

Segunda especialidad (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	
Nombre del programa	
Título que Otorga	

Posgrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Nombre del Programa de estudio	SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA
Grado que otorga	MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Apellidos y Nombres:	PEREZ TARAZONA MAGALY							
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	942544080
Nro. de Documento:	40655142				Correo Electrónico:	magalyperezsetiembre@gmail.com		

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:					Correo Electrónico:			

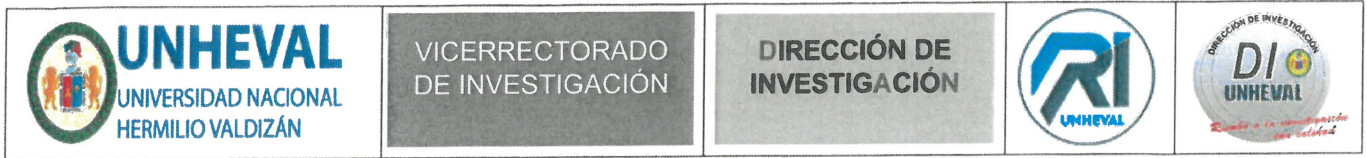
Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:					Correo Electrónico:			

3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los datos requeridos completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)	SI	X	NO			
Apellidos y Nombres:	CHAMORRO GUERRA MARIBEL SELMA			ORCID ID:	0009-0006-4774-8229	
Tipo de Documento:	DNI	x	Pasaporte		Nro. de documento:	40201502

4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los Apellidos y Nombres completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	VILLAR CARBAJAL ENIT IDA
Secretario:	QUISPE SULCA VICTOR
Vocal:	HERRERA ALANIA GLADYS LUZ
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	


5. Declaración Jurada: (Ingrese todos los datos requeridos completos)
a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: (Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)

FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL DE USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARÍA, HUÁNUCO, 2022

b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: (tal y como está registrado en SUNEDU)

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
6. Datos del Documento Digital a Publicar: (Ingrese todos los datos requeridos completos)

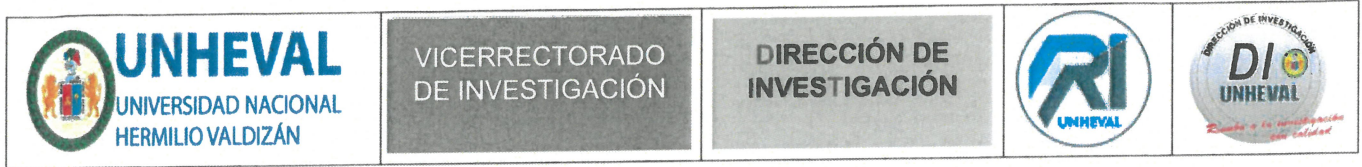
Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: (Verifique la Información en el Acta de Sustentación)				2023
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: (Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)	Tesis	X	Tesis Formato Artículo	Tesis Formato Patente de Invención
	Trabajo de Investigación		Trabajo de Suficiencia Profesional	Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos
	Trabajo Académico		Otros (especifique modalidad)	

Palabras Clave: (solo se requieren 3 palabras)			
---	--	--	--

Tipo de Acceso: (Marque con X según corresponda)	Acceso Abierto	X	Condición Cerrada (*)	
	Con Periodo de Embargo (*)		Fecha de Fin de Embargo:	

¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? (ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):	SI		NO	X
Información de la Agencia Patrocinadora:				

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.



7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

Firma:			
Apellidos y Nombres:	PEREZ TARAZONA MAGALY	Huella Digital	
DNI:	40655142		
Firma:			
Apellidos y Nombres:		Huella Digital	
DNI:			
Firma:			
Apellidos y Nombres:		Huella Digital	
DNI:			
Fecha: 15/01/2024			

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri**, **tamaño de fuente 09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (*recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde*).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.