



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE MUERTE FETAL EN EMBARAZOS
DE ALTO RIESGO OBSTETRICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL
LARRALDE" DESDE EL AÑO 2015 AL 2019**

**Autora:
Dra. Marioska Ramírez
C.I: 18.746.114**

Bárbula, abril 2021



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE MUERTE FETAL EN EMBARAZOS
DE ALTO RIESGO OBSTETRICO HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL
LARRALDE DESDE EL AÑO 2015 AL 2019**

Trabajo Especial de Grado presentado ante la ilustre, centenaria y autónoma Universidad de Carabobo para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

**Autora:
Dra. Marioska Ramírez
Tutor Clínico:
Dra. Ana María Fraga
Tutor Metodológico:
Dr. José Landaeta**

Bárbula, abril 2021



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE MUERTE FETAL EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO OBSTETRICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE" DESDE EL AÑO 2015 AL 2019

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

RAMIREZ E., MARIOSKA N.
C.I. V – 18746114

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Ana María Fraga C.I. 7114032, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: 28/05/2021

Ana María Fraga
Prof. Ana María Fraga (Pdte)
C.I. 7.114.032
Fecha 28.05.2021

Rosanna Amato
Prof. Rosanna Amato
C.I. 7.105.309
Fecha 28/05/2021

TG:47-21



Mariú Morles
Prof. Mariú Morles
C.I. 5230209
Fecha 28/05/2021

ÍNDICE GENERAL

	p.p
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	7
Materiales y Métodos	13
Resultados	14
Discusión	20
Conclusiones	23
Recomendaciones	24
Referencias	25
Anexos	27

INDICE DE TABLAS

	p.p
Tabla 1	
FRECUENCIA DE LAS MUERTES FETALES. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 –2019.....	14
Tabla 2	
INCIDENCIA DE LAS MUERTES FETALES. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 –2019.....	14
Tabla 3	
CARACTERÍSTICAS MATERNAS ASOCIADAS A LAS MUERTES FETALES EN FUNCIÓN DE LA EDAD, ESTADO CIVIL Y CONTROL PRENATAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 – 2019.....	15
Tabla 4	
CONDICIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A LAS MUERTES FETALES SEGÚN CONTROL PRENATAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 – 2019.....	17
Tabla 5	
PATOLOGÍAS MATERNAS ASOCIADAS A MUERTES FETALES SEGÚN CONTROL PRENATAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 – 2019.....	18
Tabla 6	
ASPECTOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON EL CURSO DE EMBARAZO SEGÚN CONTROL PRENATAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 – 2019.....	19



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE MUERTE FETAL EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO OBSTETRICO HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE DESDE EL AÑO 2015 AL 2019

Autora: Dra. Marioska Ramirez
Tutor Clínico: Dra. Ana María Fraga
Tutor Metodológico: Dr. José Landaeta
Febrero 2021

RESUMEN

La gestante y el feto están continuamente expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y su vida, sobre todo aquellas que presentan alto riesgo obstétrico, por lo que no todos los embarazos concluyen en el nacimiento de un niño vivo y sano. **Objetivo:** determinar la incidencia y factores de riesgo de muerte fetal en embarazadas de alto riesgo obstétrico que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ángel Larralde desde el año 2015 al 2019. **Materiales y Métodos:** Estudio no experimental, descriptivo, observacional, retrospectivo, longitudinal y epidemiológico. La muestra estuvo representada por 150 pacientes que acudieron con muerte fetal a la emergencia de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde entre el periodo 2015-2019. Se emplearon medidas de tendencia central y dispersión de los datos. Se contrastaron las variables cualitativas a través de la prueba de chi cuadrado (X^2) de Pearson para establecer la asociación entre las variables. Se empleó odds ratio (OR), IC del 95%, nivel de significancia $p < 0,05$. **Resultados:** Se reportó una incidencia de muerte fetal de 8,4 x cada 1000 nacidos vivos, con mayor frecuencia en el año 2017 (34,7%), edad media 24,9 años con mayor frecuencia en ≤ 28 (66,7%), prevalencia de solteras (62,7%), 63,3% embarazos no controlados, multigestas (70%), nulíparas (44,7%), sin antecedentes de cesárea (70%) ni abortos previos (77,3%). Los factores de riesgo de muerte fetal fueron intervalo entre embarazos (OR: 1,556; IC: 0,753-3,212), sexo fetal (OR: 1,078; IC: 0,549-2,117) y crecimiento fetal (OR: 1,451; IC: 0,745-2,827), así como el control prenatal. **Conclusiones:** El principal factor de riesgo de muerte fetal fue el control prenatal, dado que la mayoría de las pacientes tuvieron embarazos no controlados.

Palabras clave: Muerte Fetal, Incidencia, Factores de Riesgo, Embarazo de alto riesgo obstétrico.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE

**INCIDENCE AND RISK FACTORS OF FETAL DEATH IN HIGH-RISK
OBSTETRIC PREGNANCIES HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL
LARRALDE FROM 2015 TO 2019**

Author: Dra. Marioska Ramírez
Clinical Tutor: Dra. Ana María Fraga
Methodological Tutor: Dr. José Landaeta
November 2020.

ABSTRACT

The pregnant woman and the fetus are continuously exposed to a series of risks that threaten their health and life, especially those that present high obstetric risk, which is why not all pregnancies end in the birth of a living and healthy child. **Objective:** to determine the incidence and risk factors of fetal death in pregnant women with high obstetric risk who attended the gynecology and obstetrics service of the Ángel Larralde University Hospital from 2015 to 2019. **Materials and Methods:** Non-experimental, descriptive, observational study, retrospective, longitudinal and epidemiological. The sample was represented by 150 patients who attended the Obstetrics and Gynecology emergency department of the Dr. Ángel Larralde University Hospital with fetal death between the period 2015-2019. Measures of central tendency and dispersion of the data were used. The qualitative variables were contrasted through Pearson's chi-square test (X^2) to establish the association between the variables. Odds ratio (OR), 95% CI, significance level $p < 0.05$ was used. **Results:** An incidence of fetal death of 8.4 x per 1000 live births was reported, with a higher frequency in 2017 (34.7%), mean age 24.9 years with a higher frequency in ≤ 28 (66.7%), prevalence of single women (62.7%), 63.3% uncontrolled pregnancies, multiple pregnancies (70%), nulliparous (44.7%), no history of cesarean section (70%) or previous abortions (77.3%). The risk factors for fetal death were interval between pregnancies (OR: 1.556; CI: 0.753-3.212), fetal sex (OR: 1.078; CI: 0.549-2.117) and fetal growth (OR: 1.451; CI: 0.745-2.827), as well as prenatal care. **Conclusions:** The main risk factor for fetal death was prenatal control, since most of the patients had uncontrolled pregnancies.

Keywords: Fetal Death, Incidence, Risk Factors, High-risk obstetric pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo comienza cuando el ovulo y espermatozoide se unen en la trompa. El huevo formado se traslada al útero para continuar su desarrollo hasta que el feto adquiere su capacidad para vivir en el exterior¹. Sin embargo, durante ese camino recorrido pueden existir un sinnúmero de factores que pueden llegar a causar una muerte fetal.

La muerte fetal es un acontecimiento que genera gran impacto en la vida de los padres y los especialistas; siendo para los primeros una pérdida invaluable y para los segundos un fracaso en sus objetivos, de garantizar un desarrollo idóneo y un feliz término del embarazo². De igual manera, que se utilizan para medir el nivel de desarrollo de salud en un país. La mortalidad fetal conjunto con la mortalidad materna e infantil constituyen un importante indicador de calidad sanitaria a nivel mundial.

La muerte fetal se define según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (ICD-10), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “la muerte antes de la expulsión o extracción completa del producto de concepción de la madre, independientemente de la duración del embarazo”³; sin embargo, para otros autores, el síndrome de muerte fetal o también llamado óbito fetal se define como: temprana, cuando la muerte del feto se presenta después de la semana 20 de gestación, o en fetos mayores de 500 g, en ausencia de trabajo de parto instaurado, lo que corresponde a un feto de 22 semanas de gestación en caso de no conocerse la edad de gestación por otro método, será denominado muerte fetal precoz si ocurre entre el lapso de 22 a 28 semanas; y muerte fetal tardía si tiene más de 28 semanas.⁴

Así mismo, la FIGO define la muerte fetal como la que acontece antes del parto o de que se produzca la expulsión o extracción del feto del claustro materno. En relación con la edad gestacional, la muerte puede ser: precoz, cuando acontece antes de cumplirse las 20 semanas y entonces hablamos de aborto; intermedia, cuando tiene lugar entre las 20 y 28 semanas cumplidas, en que el feto tiene un peso entre 500 y 1000 g; por último, la muerte fetal tardía es la que tiene lugar después de las 28 semanas, cuando el feto suele pesar más de 1000g.¹

A nivel mundial se reporta una frecuencia absoluta de 3,9 millones de muertes fetales al año, esta frecuencia es mayor en países de bajos y medianos ingresos. En el año 2015 se

reportaron 18,4 nacidos muertos por cada 1000 nacidos, en comparación con el año 2000 que fueron 24,7, por lo que ha habido una notable reducción de la mortalidad. Sin embargo, la cantidad de muertes fetales se ha reducido más lentamente que la mortalidad materna y la mortalidad en niños menores de 5 años. Por lo tanto, el plan de acción propuesto para varios países a nivel mundial tiene como objetivo una tasa de 12 o menos muertes fetales por cada 1000 nacimientos para el 2030.³

En cuanto a la prevalencia de óbito fetal varía, estimándose en 1% de todos los embarazos, afectando alrededor de 3.9 millones de embarazadas por año en todo el mundo, esta de las cuales el 97% ocurre en países en vías de desarrollo y es así en Estados Unidos de Norteamérica ocurre en 7 de 1000 nacimientos y en Chile entre 7 a 10 por 1000/nacidos vivos.⁵

En Venezuela, en dos hospitales públicos del Estado Carabobo como lo son la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera CHET y Hospital Universitario Ángel Larralde HUAL, una tasa de mortalidad fetal tardía fue de 16,5 por 1000 nacidos vivos, encontrando como principal factor de riesgo asociado, el hábito tabáquico seguido de la hipertensión arterial⁵. Sin embargo, según datos reportados, las cifras son aún mayores, en el caso del Hospital Adolfo Prince Lara de Puerto Cabello, Estado de Carabobo, donde la tasa de mortalidad fetal tardía fue de 20,56 por 1000 nacidos vivos.⁶

. Durante años ha sido un reto el disminuir las tasas de mortalidad infantil, perinatal y materna. No obstante, es claro que no se ha logrado un índice de mortalidad fetal aceptablemente bajo ya que fetos que podían salvarse mueren aún por efecto de la hipertensión arterial materna, crecimiento intrauterino retardado y/o postmadurez.⁷ Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de identificar la causa de muerte fetal, sólo conociéndola se podrá asesorar a la paciente sobre las posibilidades de recurrencia e intento de la prevención.⁹

En cuanto a la causa de óbito fetal, se conoce que es compleja y difícil de definir. Actualmente, a pesar de los adelantos científicos, aún en 17 y 33% de los casos persiste desconocida. Para obtener datos estadísticamente significativos sería necesario estandarizar las causas de muerte fetal y precisar del estudio anatomopatológico del feto y la placenta, pero en la mayoría de los trabajos esta información no existe o está incompleta. Aunque en la mayoría de las muertes fetales la causa definitiva se desconoce, es posible definir algunas

grandes categorías.¹⁰

Con respecto a las situaciones o circunstancias que aumentan la probabilidad de presentar muerte fetal se puede desarrollar de la siguiente manera: a) Factores Sociales y Ambientales: nivel socioeconómico, estado civil, intervalo entre embarazos, alcoholismo y uso de drogas, medicamentos y asistencia médica prenatal.¹⁰⁻¹² b) Factores Biológicos: edad materna, paridad, antecedentes de muerte fetal o perinatal anterior y tipo de parto.^{13,14}

Entre los factores clínicos patológicos de la madre y del embarazo relacionado con la muerte fetal, las clasificaciones pueden ser varias, de acuerdo con el interés del investigador, Por lo tanto proponen una clasificación de factores de riesgo basada en tres grandes categorías: a) Macroambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada; b) Matroambiente: engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macroambiente; y c) Microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.¹⁴

Entre estas patologías se encuentran:

a) Patologías de origen fetal, como las malformaciones múltiples incompatibles con la vida en mucho de los casos; y un 34% a malformaciones únicas, de las cuales la anencefalia es la más frecuente.

b) Patologías Ovulares, de Cordón Umbilical y de Líquido amniótico: las causas más frecuentes son de origen placentario (75%), seguida por anomalías del cordón umbilical (25%). Las causas placentarias más frecuentes son: corioamnionitis (27% del total), seguida por desprendimiento de placenta normalmente inserta (23%), e infarto placentario (18%), es importante mencionar a la transfusión feto materna. Los problemas atribuibles al cordón umbilical: cese del flujo sanguíneo (prolapso del cordón), disrupción intermitente del flujo sanguíneo (prolapso parcial, hipoxia, acidosis, falla cardíaca, hipotensión, arritmia, paro cardíaco), pérdida sanguínea fetal y disrupción del flujo como ocurre en la ruptura velamentosa de la vena umbilical o vasa previa.

c) Patologías maternas: Week¹⁴ y respaldado por Germain y Sedano¹⁶, Roura¹⁷; describen que en este subgrupo se encuentran la mayoría de las enfermedades propias y/o coexistentes con la gestación, tales como: Enfermedades hipertensiva crónica, Enfermedad hipertensiva del embarazo, Diabetes mellitus, Efectos del embarazo sobre la diabetes (diabetes gestacional), Lupus eritematoso sistémico, Patología renal crónica, Enfermedades tiroideas. En algunos casos no se ha encontrado causas de muerte y entran dentro de las

causas desconocidas o inexplicables de muerte fetal.^{6,7}

Son diversos los estudios que investigan las causas de óbito fetal, entre los que destacan El shanti *et al.* en Gaza en el 2020, que tuvo como objetivo descubrir los factores que causan la muerte fetal en el útero en los hospitales gubernamentales en la Franja de Gaza un estudio controlado durante el período 2018-2019, encontrando que la edad promedio de los casos fue 29,60 años en comparación con 27,1 para los controles. Los factores de riesgo maternos más comunes de muerte intrauterina fetal fueron la paridad (24,3%) entre los casos versus (21,4%) entre los controles. Los medicamentos/sustancias, las anomalías congénitas del feto, el sangrado en el tercer trimestre del embarazo, el embarazo prolongado después del nacimiento y el retraso del crecimiento intrauterino son los principales factores de riesgo.¹⁸

Maleki *et al.* en Irán en el 2019, publicaron un estudio titulado incidencia y factores de riesgo materno-fetal de muerte fetal: una cohorte histórica basada en la población y un estudio de casos y controles anidado, los hallazgos reportaron que la incidencia acumulada de mortinatos fue de 9,48 por 1000 nacidos vivos. Con base en el modelo de regresión de Cox multivariado, se identificaron cinco factores de riesgo de muerte fetal, incluido el sexo masculino, las enfermedades fetales, la hipertensión gestacional, la diabetes gestacional y el hipotiroidismo (todas las razones de riesgo > 1 y p < 0.05). Los hallazgos de este estudio sugieren que algunos factores de riesgo maternos y fetales pueden ser reconocidos como predictores de muerte fetal, lo que podría ayudar a prevenir y detectar a los padres de alto riesgo en etapas tempranas para evitar consecuencias adversas para la salud de la madre y su neonato.¹⁹

Igualmente, Pacheco en Perú en el 2019, estudio la incidencia y las características materno fetales de gestantes, con muerte fetal intrauterina atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el período 2015-2018, encontrando una incidencia promedio de muerte fetal intrauterina en este periodo fue de 4.0 por cada mil nacidos vivos. En el año 2015 la incidencia fue 2.0, en el 2016 4.4, en el 2017 4.2 y en el 2018 5.6 por mil nacidos vivos. De los 97 casos, el 38.14% fueron muertes fetales tempranas y 61.86% tardías. El 9.28% de gestantes fueron adolescentes y 25.77% añosas. El 14.43% de casos no tuvo ningún control prenatal, el 49.48% de 1 a 5 controles, y solo 36.08% de 6 a más controles prenatales. Entre las patologías del embarazo, las más frecuentes fueron asociadas a la placenta en 29.9%, además se presentó ruptura prematura de membranas en 9.28%, preeclampsia en 6.19%, corioamnionitis en 5.15% y diabetes gestacional en el 2.06% de los casos. El 57.73% de fetos fueron varones, el

38.14% mujeres, y el 4.12% el sexo fue indeterminado. Se encontró que el 9.27% de casos presentaron malformaciones congénitas y con respecto a alteraciones del desarrollo, se evidenció 3.09% de casos con restricción de crecimiento intrauterino y macrosomía fetal, en el mismo porcentaje. Referente a las alteraciones del cordón umbilical, el 11.34% tuvo circular de cordón, hubo dos casos de prolapso (2.06%) y solo un caso de nudos verdaderos (1.03%).²⁰

En Venezuela, Rojas *et al.* en el 2006, evaluaron la incidencia y factores de riesgo de óbito fetal en una población de embarazadas venezolanas, encontrando 11.306 pérdidas fetales, 356 casos de óbito fetal y una tasa de mortalidad fetal tardía de 16,5/1000 nacidos vivos. De las embarazadas estudiadas 23% tenía más de 35 años de edad; 55% presentó muerte fetal posterior a la semana 28 de gestación; 31% fumó durante el embarazo; 48% presentaron infecciones maternas y 38% hipertensión arterial. Las causas fetales y ovulares constituyeron el 39 y 61%, respectivamente.⁵

Como se ha observado, los estudios realizados para identificar las causas coinciden en que existe un componente de causa desconocida en la mayoría de las muertes fetales; no obstante, los análisis más recientes han demostrado la asociación de factores de riesgo inherentes a la condición materna y del feto tales como: edad mayor de 35 años, ocupación hogar, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto, antecedente de muerte fetal, atención prenatal deficiente, complicaciones en el embarazo, alteraciones en líquido amniótico, doble o triple circular de cordón umbilical a cuello, macrosomía fetal, malformaciones clínicas mayores en el neonato y restricción del crecimiento fetal.⁸

Por lo tanto, cada problema de salud vinculado con la posible la mortalidad fetal, debe tener un adecuado estudio y actualización continua, evaluando todos los detalles, conocer la información permitirá desarrollar medidas asistenciales, mejorar la vigilancia epidemiológica como la atención materna, intervenir los factores modificables por medio de una adecuada orientación y seguimiento médico-sanitario, y así prevenir dicho desenlace fatal que viene acompañado de una importante carga emocional para la paciente y su familia. Así mismo, desde hace ya varios años en el Hospital Universitario Ángel Larralde no se han realizado estudios referentes a la muerte fetal motivo por el cual se plantea la realización de esta investigación, ayudando así en la parte estadística y epidemiológica del centro. Así como a mejorar nuestra asistencia a la embarazada. Por ello es necesario mantener una actualización constante de los factores que influyen en la muerte fetal, cuya información de primera

mano para obstetras y pediatras, permitiéndole la toma de decisiones más adecuadas y acertadas a la hora del control prenatal.

Por lo expresado anteriormente, el presente estudio buscó determinar la incidencia y factores de riesgo de muerte fetal en embarazadas de alto riesgo obstétrico que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ángel Larralde desde el año 2015 al 2019; mediante: conocer la frecuencia de las muertes fetales en el servicio de ginecología y obstetricia; analizar la incidencia de muerte fetal en embarazadas de alto riesgo obstétrico que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia; determinar las características maternas asociadas a las muertes fetales en función de la edad, estado civil y control prenatal; identificar las condiciones obstétricas asociadas a las muertes fetales durante el periodo de estudio según control prenatal; precisar las patologías maternas a muertes fetales según control prenatal, conocer los aspectos obstétricos relacionados con el curso del embarazo según control prenatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

En presente estudio se fundamenta en la investigación no experimental, descriptiva, observacional, retrospectiva, longitudinal y epidemiológica. La población a estudiar estuvo representada por las 17.885 embarazadas que acudieron y fueron ingresadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Ángel Larralde entre el periodo enero 2015 – noviembre del año 2019. La muestra estuvo constituida por 150 pacientes que acudieron con muerte fetal a la emergencia de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde entre el periodo 2015-2019.

Se procedió a tomar la información de la contenida en las historias clínicas pertenecientes al periodo seleccionado para su estudio del servicio de obstetricia del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde del Seguro Social; la misma será organizada en una ficha de recolección de datos con las variables y datos de interés para la investigación y posteriormente vaciada en una matriz de datos base Excel para su análisis a través de un programa estadístico; los valores se expresaran en tablas de frecuencia absoluta y relativa. Se emplearon medidas de tendencia central y dispersión de los datos.

Se contrastaron las variables cualitativas a través de la prueba de chi cuadrado (X^2) de Pearson para establecer la fuerza de asociación entre los factores de riesgo y la muerte fetal. Se empleó la odds ratio (OR): el cual se define como la posibilidad que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo que ocurra en otro siendo la asociación entre variables se considera positiva cuando la OR sea > 1 considerándose como un factor protector, si es mayor a 1 es considerado como factor de riesgo el análisis estadístico se realizó con un intervalo de confianza del 95% (IC95) y con una significancia o relevancia para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

De las 17.885 pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde entre el 2015-2019, 150 presentaron muerte fetal, evidenciándose en la frecuencia de muertes fetales un mayor porcentaje en el año 2017 con 34,7% (52 casos), seguido del 2016 25,3% (38 casos), 2015 23,3% (35 casos), 2018 12,7% (19 casos) y 2019 4% (6 casos).

TABLA 1
FRECUENCIA DE LAS MUERTES FETALES. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. ENERO 2015 – NOVIEMBRE 2019.

AÑO	N	%
2015	35	23,3
2016	38	25,3
2017	52	34,7
2018	19	12,7
2019	6	4,0
Total	150	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación. Ramírez, M. (2021)

Con respecto a la incidencia de muerte fetal en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Ángel Larralde” durante el período enero 2015 – noviembre 2019, se produjeron en total de 150 muertes fetales, que constituye una incidencia de 8.4 casos por cada 1000 nacidos vivos. Se halló una mayor incidencia 12.9 en el 2015, en el 2019 de 11.9, en el 2018 de 9.9, en el 2017 de 8.0 y en el 2016 de 6.1 (Tabla 2).

TABLA 2
INCIDENCIA DE LAS MUERTES FETALES. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 –2019.

AÑO	TOTAL NACIDOS VIVO (NV)	Nº DE CASOS DE ÓBITO	INCIDENCIA x 1000 NV
2015	2.722	35	12.9
2016	6.228	38	6.1
2017	6.514	52	8.0
2018	1.917	19	9.9
2019	504	6	11.9
TOTAL	17.885	150	8.4

Fuente: Datos propios de la investigación. Ramírez, M. (2021)

En relación a las características maternas asociadas a las muertes fetales, se encontró en la edad una media de 24,9 años +/- 6.903, mínima de 15 años y máxima de 41 años, con mayor frecuencia en pacientes de 28 años o menos con 66,7% (100 casos) y mayor de 28 años 33,3% (50 casos). El 62,7% (94 casos) de las pacientes son solteras, 22% (33 casos) viven en concubinato y 15,3% (23 casos) casadas. Un 63,3% (95 casos) no tuvieron control prenatal y 36,7% (55 casos) tuvieron embarazos controlados (Tabla 3).

TABLA 3
CARACTERÍSTICAS MATERNAS ASOCIADAS A LAS MUERTES FETALES EN FUNCIÓN DE LA EDAD, ESTADO CIVIL Y CONTROL PRENATAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 – 2019.

CARACTERÍSTICAS		N	%
Edad	≤ 28 años	100	66,7
	> 28 años	50	33,3
Estado Civil	Soltera	94	62,7
	Casada	23	15,3
	Concubina	33	22,0
Control Prenatal	Embarazo controlado	55	36,7
	Embarazo no controlado	95	63,3
TOTAL		150	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación. Ramírez, M. (2021)

En cuanto a las condiciones obstétricas asociadas a las muertes fetales según control prenatal, se encontró en las gestas una mayor frecuencia de pacientes multigestas con 70% (105 casos), mayormente en embarazos no controlados (44,7% = 67 casos) que en controlados (25,3% = 38 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las gestas y el control prenatal ($p=0,366$). En partos, se evidenció mayor frecuencia en las nulíparas (44,7% = 67 casos), prevaleciendo los embarazos no controlados (30,7% = 46 casos) sobre los controlados (14% = 21 casos.). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los partos y el control prenatal ($p=0,275$).

Respecto a las cesáreas, se reportó una mayor frecuencia en pacientes sin antecedentes de cesáreas (70% = 105 casos), prevaleciendo los embarazos no controlados (45,3% = 68 casos) sobre los controlados (24,7% = 37 casos), estableciéndose como factor protector al riesgo de muerte fetal. No se halló una asociación estadísticamente significativa entre las cesáreas y el control prenatal ($p=0,579$). En relación a los abortos, la mayoría de las pacientes no presentaron antecedentes (77,3% = 116 casos), prevaleciendo los embarazos

no controlados (52% = 78 casos) sobre los controlados (25,3% = 38 casos), por lo que se considera como factor protector al riesgo de muerte fetal. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los partos y el control prenatal ($p=0,275$).

La edad materna reportó mayor frecuencia en pacientes con 28 años o menos (66,7% = 100 casos), la mayoría con embarazos no controlados (44,7% = 67 casos), considerándose en este estudio como un factor protector de muerte fetal, sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el control prenatal ($p=0,275$). En el estado civil se observa una mayor frecuencia en las casadas (62,7% = 94 casos), prevaleciendo los embarazos no controlados (39,4% = 59 casos) sobre los controlados (23,3% = 35 casos), no se halló una asociación estadísticamente significativa entre la el estado civil de las pacientes y el control prenatal ($p=0,275$).

Sobre la edad gestacional, en observó mayor frecuencia en más de 30 semanas de embarazo (70% = 105 casos), en su mayoría en paciente con embarazos no controlados (36,7% = 55 casos); se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y el control prenatal, ($p=0,000$), sin embargo, no se considera como factor de riesgo. En el intervalo entre embarazo, se reportó mayor frecuencia en 3 años o menos (66,7% = 100 casos), con prevalencia en embarazos no controlados (40% = 60 casos), considerándose como un factor de riesgo de muerte fetal, no obstante, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los intervalos entre embarazos y el control prenatal ($p=0,231$).

La mayoría de las pacientes no presentaron incompatibilidad sanguínea (88,7% = 133 casos), con prevalencia en los embarazos no controlados (56% = 84 casos), no se halló una asociación significativa ($p=0,901$) y de riesgo para muerte fetal, dado que no presentarla es un factor de protección al riesgo. De igual manera, un gran porcentaje de las pacientes no presentaron infección urinaria (74% = 111 casos), con mayor ausencia en embarazos no controlados (47,3%= 71 casos), no se halló una asociación significativa ($p=0,787$) y de riesgo para muerte fetal, dado que no presentarla se considera un factor de protección.

En cuanto a la infección vaginal, se observó mayor frecuencia en pacientes que no la presentaron (71,3% = 107 casos), con un alto porcentaje en los embarazos no controlados (50,7% = 76 casos), se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la infección vaginal y el control prenatal ($p=0,002$), no se considera como factor de riesgo dado que la ausencia de infección es un factor de protección de muerte fetal.

Un alto porcentaje de las pacientes no presentaron óbito anterior (98,7% = 148 casos), no se halló una asociación significativa ($p=0,279$) y de riesgo para muerte fetal; mientras que el tipo de parto del óbito, se observó mayor frecuencia en el parto vaginal (81,3% = 122 casos), prevaleciendo el embarazo no controlado (57,3% = 86 casos) sobre el controlado (24% = 36 casos); se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el control prenatal y el tipo de parto del óbito ($p= 0,000$), sin embargo no se considera como factor de riesgo dado que la ausencia de dichas patologías son un factor protector de muerte fetal (Tabla 4).

TABLA 4
CONDICIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A LAS MUERTES FETALES
SEGÚN CONTROL PRENATAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
ÁNGEL LARRALDE. 2015 –2019.

CONDICIONES OBSTÉTRICAS	CONTROL PRENATAL		TOTAL N (%)	OR (IC)	P	
	Embarazo controlado	Embarazo no controlado				
	N (%)	N (%)				
Gestas	Primigestas	17 (11,3)	25 (16,7)	42 (28,0)	0,366	
	Multigestas	38 (25,3)	67 (44,7)	105 (70,0)		
	Gran Multigesta	0 (0,0)	3 (2,0)	3 (2,0)		
Partos	Nulípara	21 (14,0)	46 (30,7)	67 (44,7)	0,275	
	Primípara	20 (13,3)	29 (19,4)	49 (32,7)		
	Múltipara	14 (9,3)	17 (11,3)	31 (20,6)		
	Gran Múltipara	0 (0,0)	3 (2,0)	3 (2,0)		
Cesáreas	Sin antecedentes	37 (24,7)	68 (45,3)	105 (70,0)	0,816	0,579
	Con antecedentes	18 (12,0)	27 (18,0)	45 (30,0)	(0,398-1,674)	
Abortos	Sin antecedentes	38 (25,3)	78 (52,0)	116 (77,3)	0,487	0,067
	Con antecedentes	17 (11,3)	17 (11,3)	34 (22,7)	(0,224-1,059)	
Edad materna	≤ 28 años	33 (20,0)	67 (44,7)	100 (66,7)	0,627	0,188
	> 28 años	22 (14,7)	28 (18,6)	50 (33,3)	(0,312-1,258)	
Estado civil	Casada	7 (4,7)	16 (10,6)	23 (15,3)		0,777
	Soltera	35 (23,3)	59 (39,4)	94 (62,7)		
	Concubina	13 (8,7)	20 (13,3)	33 (22,0)		
Edad gestacional	≤ 30 semanas	5 (3,3)	40 (26,7)	45 (30,0)	0,138	0,000
	> 30 semanas	50 (33,3)	55 (36,7)	105 (70,0)	(0,050-0,376)	
Intervalo entre embarazos	≤ 3 años	40 (26,7)	60 (40,0)	100 (66,7)	1,556	0,231
	> 3 años	15 (10,0)	35 (23,3)	50 (33,3)	(0,753-3,212)	
Incompatibilidad sanguínea	Si	6 (4,0)	11 (7,3)	17 (11,3)	0,935	0,901
	No	49 (32,7)	84 (56,0)	133 (88,7)	(0,325-2,686)	
Infección urinaria	Si	15 (10,0)	24 (16,0)	39 (26,0)	1,109	0,787
	No	40 (26,7)	71 (47,3)	111 (74,0)	(0,523-2,354)	
Infección vaginal	Si	24 (16,0)	19 (12,7)	43 (28,7)	3,097	0,002
	No	31 (20,7)	76 (50,7)	107 (71,3)	(1,488-6,443)	
Óbito anterior	Si	0 (0,0)	2 (1,3)	2 (1,3)		0,279
	No	55 (36,7)	93 (62,0)	148 (98,7)		
Tipo de parto del óbito	Vaginal	36 (24,0)	86 (57,3)	122 (81,3)	0,198	0,000
	Cesáreas	19 (12,7)	(6,0)	28 (18,7)	(0,082-0,480)	
TOTAL		55 (36,7)	95 (63,3)	150 (100,0)		

Fuente: Datos propios de la investigación. Ramírez, M. (2021)

Con respecto a las patologías maternas asociadas a la muerte fetal, se encontró un alto porcentaje de pacientes que no presentaron Hipertensión arterial crónica (96% = 144 casos), con mayor frecuencia en embarazos no controlados (61,3% = 92 casos). De igual manera, se encontró un alto porcentaje de paciente que no presentaron hipertensión arterial gestacional (79,3% = 119 casos), con mayor frecuencia embarazos no controlados (51,3% = 77 casos). No se encontró una asociación significativa y de riesgo para muerte fetal en relación con las enfermedades hipertensivas, siendo que no presentarlas es un factor de protección al riesgo (Tabla 5).

TABLA 5
PATOLOGÍAS MATERNAS ASOCIADAS A MUERTES FETALES SEGÚN
CONTROL PRENATAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL LARRALDE. 2015 –2019.

PATOLOGÍAS MATERNAS	CONTROL PRENATAL			TOTAL	OR (IC)	P
	Embarazo controlado	Embarazo no controlado				
	N (%)	N (%)	N (%)			
Hipertensión arterial crónica	Si	3 (2,0)	3 (2,0)	6 (4,0)	1,769 (0,345-9,085)	0,489
	No	52 (34,7)	92 (61,3)	144 (96,0)		
Hipertensión arterial gestacional	Si	13 (8,7)	18 (12,0)	31 (20,7)	1,324 (0,591-2,966)	0,494
	No	42 (28,0)	77 (51,3)	119 (79,3)		
Preeclampsia	Si	7 (4,7)	5 (3,3)	12 (8,0)	2,625 (0,791-8,715)	0,104
	No	48 (32,0)	90 (60,0)	138 (92,0)		
TOTAL		55 (36,7)	95 (63,3)	150 (100,0)		

Fuente: Datos propios de la investigación. Ramírez, M. (2021)

En relación a los aspectos obstétricos relacionados con el curso del embarazo, se encontró en cuanto al sexo fetal una prevalencia del sexo femenino (59,3% = 89 casos) sobre el masculino (40,7% = 61 casos), considerándose en este estudio el sexo femenino como un factor de riesgo de muerte fetal, no obstante, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el control prenatal ($p=0,827$). Un alto porcentaje de los óbitos presentaron crecimiento fetal anormal (51,3% = 77 casos), con mayor frecuencia en embarazos no controlados (34,7% = 52 casos), considerándose como un factor de riesgo de muerte fetal, sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los intervalos entre embarazos y el control prenatal ($p=0,273$).

Se encontró un alto porcentaje de óbitos que no presentaron Patologías de cordón umbilical (82,7% = 124 casos), ni Polihidramnios (6,7% = 145 casos), Oligohidramnios (87,3% = 131 casos), Líquido amniótico meconial (76,7% = 115 casos), Desprendimiento prematuro de

placenta (89,3 = 134 casos) y Malformación fetal (97,3% =146 casos), sin embargo, no se consideran como factor de riesgo siendo que no presentarlas es un factor de protección. Se encontró una asociación significativa entre el control prenatal y los Polihidramnios (p=0,003), no obstante, no se encontró asociación en relación a las Patologías de cordón umbilical (p=0,270), Oligohidramnios (p=0,131), Líquido amniótico meconial (p=0,947), Desprendimiento prematuro de placenta (p=0,534) y Malformación fetal (p=0,624) (Tabla 6).

TABLA 6
ASPECTOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON EL CURSO DEL
EMBARAZO SEGÚN CONTROL PRENATAL. SERVICIO DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁNGEL
LARRALDE. 2015 – 2019.

ASPECTOS OBSTÉTRICOS		CONTROL PRENATAL		TOTAL	OR (IC)	P
		Embarazo controlado	Embarazo no controlado			
		N (%)	N (%)			
Sexo fetal	Femenino	32 (21,3)	57 (38,0)	89 (59,3)	1,078 (0,549-2,117)	0,827
	Masculino	23 (15,3)	38 (25,3)	61 (40,7)		
Crecimiento fetal	Normal	30 (20,0)	43 (28,7)	73 (48,7)	1,451 (0,745-2,827)	0,273
	Anormal	25 (16,7)	52 (34,7)	77 (51,3)		
Patología del cordón umbilical	Si	12 (8%)	14 (9,3)	26 (17,3)	1,615 (0,687-3,797)	0,270
	No	43 (28,7)	81 (54,0)	124 (82,7)		
Polihidramnios	Si	5 (3,3)	0 (0,0)	5 (3,3)		0,003
	No	50 (33,4)	95 (63,3)	145 (96,7)		
Oligohidramnios	Si	4 (2,7)	15 (10,0)	19 (12,7)	0,418 (0,131-1,331)	0,131
	No	51 (34,0)	80 (53,3)	131 (87,3)		
Líquido amniótico meconial	Si	13 (8,7)	22 (14,6)	35 (23,3)	1,027 (0,469-2,249)	0,947
	No	42 (28,0)	73 (48,7)	115 (76,7)		
Desprendimiento prematuro de placenta	Si	7 (4,7)	9 (6,0)	16 (10,7)	1,394 (0,488-3,978)	0,534
	No	48 (32,0)	86 (57,3)	134 (89,3)		
Malformación fetal	Si	1 (0,7)	3 (2,0)	4 (2,7)	0,568 (0,058-5,579)	0,624
	No	54 (36,0)	92 (61,3)	146 (97,3)		
TOTAL		55 (36,7)	95 (63,3)	150 (100,0)		

Fuente: Datos propios de la investigación. Ramírez, M. (2021)

DISCUSIÓN

La gestante y el feto están continuamente expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y su vida, sobre todo aquellos que presentan alto riesgo obstétrico, por lo que no todos los embarazos concluyen en el nacimiento de un niño vivo y sano. Los resultados en el presente estudio demuestran que en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario Ángel Larralde desde el 2015 al 2019 se observó una frecuencia superior de muerte fetal en pacientes de alto riesgo obstétrico en el año 2017 con un 34,7% (52 casos).

De igual manera, se evidenció una tasa de muerte fetal de 8.4 x cada 1000 nacidos vivos durante el período estudiado; sin embargo, los datos son menores a lo reportado por Maleki *et al.*¹⁹ en Irán donde la incidencia acumulada fue de 9.48 entre marzo de 2016 y marzo 2017, así como Tinedo *et al.*²² en Venezuela de 56,28 muertes fetales por cada 1000 nacidos vivos y aborto entre los años 2007 y 2012, mientras que Pacheco²⁰ en Perú reportó una incidencia de 4.0 casos por cada 1000 nacidos vivos entre 2015 y 2018.

En el presente estudio se encontró una edad media de 24,9 años, con mayor frecuencia en paciente de 28 años o menos (66,7%). Se observó una mayor prevalencia de solteras (62,7%), coincidiendo con lo reportado por El shanti *et al.*¹⁸ con 66,4% de solteras. La edad de la gestante es uno de los determinantes en la salud fetal; en estudios realizados en diversos países como Irán se encontró en la edad una media de $28,72 \pm 5,99$ años, en Ecuador Castillo²³ entre 25 a 30 años (39,13%)²⁰ y Túa²⁴ entre 21 y 35 años (53,9%), en Gaza 29,6 años en casos y 27,1 años en controles¹⁸, en Venezuela Tinedo *et al.*²² media de 25 años y Rojas *et al.*⁵ entre 21 y 25 años.

Un alto porcentaje de las pacientes tuvieron embarazos no controlados (63,3%), coincidiendo con el estudio de Pacheco²⁰ quien encontró un 49,48% de gestantes que asistieron entre 1 y 5 controles prenatales, sin embargo, difiere de lo reportado por Tinedo *et al.*²² donde el 71,84% asistieron a control prenatal, así como el estudio de El shanti *et al.*¹⁸ 97,1% recibieron atención prenatal asociadas a la muerte fetal.

En relación a las condiciones obstétricas asociadas a la muerte fetal según control prenatal, un alto porcentaje de las pacientes eran multigestas (70%), nulíparas (44,7%), sin antecedentes de cesárea (70%) ni abortos previos (77,3%). El alto porcentaje de

pacientes sin antecedentes de cesárea y aborto se considera como factor protector al riesgo de muerte fetal en este estudio. Estos resultados coinciden con el estudio de Tinedo *et al.*²² donde la mayoría de las pacientes fueron multigestas, multíparas con baja prevalencia de cesáreas previas, así como lo reportado por El shanti *et al.*¹⁸ con mayor frecuencia de multíparas (62,9%), mientras que Pacheco²⁰ encontró un 38,14% de multigestas.

Cabe destacar que, la edad materna es un factor determinante en cuanto a la salud fetal, en el presente estudio se encontró una frecuencia superior en las gestantes de 28 años o menos (66,7%), con menor frecuencia en edades extremas por lo que se considera en esta investigación como factor protector de muerte fetal (OR:0,627; IC: 0,312-1,258), contrario a lo reportado por Maleki *et al.*¹⁹ donde la edad materna fue un factor de riesgo de muerte fetal. El 70% de las pacientes tenían 30 o más semanas de gestación, se halló una asociación significativa ($p=0,000$), no se encontró riesgo para muerte fetal en el grupo estudiado (OR:0,138; IC:0,050-0,376).

El 62,7% de las gestantes eran solteras, cifras similares a lo reportado por El shanti *et al.*¹⁸ donde se consideró como un factor de riesgo de muerte fetal. El 66,7% de las pacientes tuvieron intervalo entre embarazos de 3 años o menos, con mayor frecuencia en embarazos no controlados (40%), estableciéndose como un factor de riesgo de muerte fetal (OR: 1,556; IC: 0,753-3,212). Un 88,7% no presentaron incompatibilidad consanguínea, no se halló una asociación significativa ($p=0,901$) y de riesgo para muerte fetal, dado que no presentarla se considera un factor de protección.

Un alto porcentaje de las pacientes estudiadas no presentaron infección urinaria (74%) ni infección vaginal (71,3%), por ausencia de las mismas se consideró como factor protector en este estudio, sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el control prenatal y la infección vaginal ($p=0,002$). Estos resultados difieren de lo encontrado en Ecuador por Túa²⁴ y Castillo²³ donde la mayoría de las gestantes presentaron infección de vías urinarias, y en Venezuela por Rojas *et al.*⁵ con 48% de infecciones génito-urinarias.

El 71,3% de las gestantes no presentaron óbito anterior. El 81,3% de los casos el embarazo fue interrumpido por vía vaginal, se halló una asociación significativa ($p=0,000$), no se consideró como factor de riesgo para muerte fetal.

Con respecto a las patologías maternas asociadas a muertes fetales según control prenatal, un alto porcentaje de las pacientes no presentaron hipertensión arterial crónica (96%), hipertensión arterial gestacional (79,3%) o preeclampsia (92%). Si bien estas patologías durante la gestación suelen asociarse con muertes fetales, en el presente estudio no se halló una asociación significativa y de riesgo para muerte fetal en la muestra estudiada. Estas cifras concuerdan con lo reportado por El shanti *et al.*¹⁸ donde la mayoría de las pacientes no presentaron hipertensión arterial crónica (95%), hipertensión inducida por el embarazo (84,3%) o preeclampsia (82,9%), ni se consideraron factores de riesgo.

En cuanto a los aspectos obstétricos relacionados al curso del embarazo según control prenatal, se encontró que el 59,3% de los fetos eran del sexo femenino (OR: 1,078; IC:0,549-2,117) con restricción de crecimiento en el 51,2% de los casos (OR:1,451; IC:0,745-2,827), considerándose como un factor de riesgo de muerte fetal en la muestra estudiada, sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p=0,827$; $p=0,273$).

Un alto porcentaje de las gestantes no presentaron patologías (de cordón umbilical, Polihidramnios, Oligohidramnios, Líquido amniótico meconial, Desprendimiento prematuro de placenta o Malformación fetal), por ello no se consideraron como factores de riesgo para muerte fetal en este estudio; sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el control prenatal y Polihidramnios ($p=0,003$). Estos resultados son distintos a los reportados por otros estudios, en Venezuela Tinedo *et al.*²² encontró mayor frecuencia en las Malformaciones fetales (11,49%) y Rojas *et al.*⁵ Displasias/disrupciones (22%), en Ecuador por Túa²⁴ y Castillo²³ donde la mayoría de las gestantes presentaron desprendimiento placentario y ruptura prematura de membrana.

CONCLUSIONES

En la emergencia de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde entre el periodo 2015-2019, se observó una incidencia acumulada de 8,4 x cada mil nacidos vivos, siendo el 2017 el año con más alto porcentaje de casos. Con respecto a las gestantes eran jóvenes, solteras, multigestas, con periodos intergenésicos cortos sin antecedentes de cesáreas o abortos.

En cuanto al feto, un alto porcentaje eran del sexo femenino con restricción de crecimiento intrauterino. Sin embargo, no presentaron patologías ovulares, de cordón umbilical o de líquido amniótico.

Presentando como factor de riesgo hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia, infecciones vaginales y urinarias.

Siendo con mayor significado estadístico el mal o inadecuado control prenatal y el periodo intergenésico corto. Encontrándose una asociación entre el mal control prenatal y la presencia de polihidramnios.

RECOMENDACIONES

- Incentivar a las gestantes a acudir periódicamente a realizarse monitoreo de acuerdo al cronograma sugerido por médico, por voluntad propia, sobre todo cuando vive a larga distancia del centro hospitalario.
- Fomentar programas de salud dirigido a las gestantes de alto riesgo obstétrico, con énfasis en el autocuidado y reconocimiento oportuno de problemas maternos y ambientales que pudieran estar asociados a la muerte fetal.
- El Servicio de Ginecología y Obstetricia debe llevar un registro adecuado y monitoreo permanente de las pacientes de alto riesgo obstétrico que son atendidas, para detectar factores de riesgo para su intervención temprana.
- Tomar en cuenta los resultados hallados en el presente estudio para la elaboración de estrategias preventivas a los grupos de riesgo, con el fin de transmitir a las pacientes los riesgos y cuidados que se deben tener en cuenta, antes, durante y después del embarazo.
- Mejorar las estrategias de atención y captación de las gestantes en riesgo, debido a que se ha visto que al ser un hospital de referencia llegan pacientes en estado crítico sin posibles reversiones de las consecuencias.
- Se recomienda la consideración de los resultados de este estudio para posteriores investigaciones y ampliación del mismo en cuanto a mayor diversidad de variables para muerte fetal, que no pudieron ser analizadas dado la ausencia de datos relevantes en las historias médicas.

REFERENCIAS

1. Usandizaga JA, De la Fuente P. Obstetricia y ginecología. Madrid: Marban; 2011. Pp.57.
2. Martínez M. Causas de Óbito fetal en las embarazadas que ingresaron al servicio de emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay en el periodo septiembre 2006 a septiembre 2007 [Tesis]. Carabobo: Universidad de Carabobo. 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Situación de Salud en las Américas. [Internet]. 2006. [Consultado: 20 febrero 2020] Disponible en: http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menu_principal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/agosto/MortMater naInfantilPerinatal.pdf 2.
4. Redondo-De Oro K, Gómez-Villa J, Barrios-García L, Alvis-Estrada L. Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria de atención materna de cartagena, colombia, 2012-2014. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2016;67(3):187-196.
5. Rojas E, Salas KR, Oviedo G, Plenzyk G. Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 Hospitales Venezolanos. Rev. chil. obstet. Ginecol. 2006;71(1):26-30.
6. Faneite P, González M, Faneite J, Menezes W, Álvarez L, Linares M. *et al.* Actualidad en mortalidad fetal. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 2004;64(2):77-82.
7. Mendoza-León JA, Anaya-García A, Hernández-Vivar LE, Jiménez-Huerta J, Fragozo-Sandoval F, Hernández-Aldana FJ. Estudio clínico factorial del riesgo de muerte fetal tardía en el Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex 2019; 86(3): 116-124.
8. Castell Moreno J, Farnot Cardoso U. Mortalidad perinatal. [Internet]. 2005. [Consultado: 20 febrero 2020] Disponible en: <http://jagua.cfg.sld.cu/ginecologia/mortalidadperinatal.htm>
9. Herrera Mora CR. Factores de Riesgo como causa de Obito Fetal y su relación con la edad gestacional. [Tesis]. Universidad de Guayaquil, Ecuador; 2016.
10. Milla Vera LM, Saravia Torres N, Salviz Salhuana MR, Jaimes J. Muerte fetal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo agosto 2003-noviembre 2004. Rev Med Hered 2005;16(4):260-265.
11. Dalence JG. Muerte fetal intrauterina. Rev Médica del Colegio Médico de la Paz, Bolivia 2005; 11(2):3-12.
12. Álvarez MC. Feto Muerto conducta obstétrica. Hospital Juan A. Fernández del Servicio de Ginecología y obstetricia. [Internet]. 2004. [Consultado: 18 febrero 2020] Disponible en: <http://latina.obgyn.net/sp/articles/Junio00/FETO%20MUERTO.htm>
13. Toledo AM. Quince años de mortalidad fetal en Municipio Cerro, Ciudad de La Habana Cuba, 1991-2005. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana Facultad “Dr. Salvador Allende” [Internet]. 2006. [Consulta: 25 febrero 2020] Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/8931/Quince-anos-Mortalidad-Fetal->

Municipio-Cerro.html

14. Week JH. Muerte Fetal Intrauterina. [Internet]. 1995 actualizado en 2003. [Consultado: 23 febrero 2020] Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/muerte_fetal_int.html.
15. Perez L, Peña C, Prada E, Ramírez M. Factores de riesgo y clínico patológicos más frecuentes con la mortalidad fetal en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde durante el Periodo 2011 – 2013 [Tesis]. Facultad de Medicina. Universidad De Carabobo, Venezuela; 2014.
16. Germain A, Sedano M. Muerte fetal en útero. [Internet]. 2003. [Consultado: 25 febrero 2020] Hallado en: www.cediep.cl/guias/guia2003/capitulo24.swf.
17. Cabero Roura, L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Tomo 1. Segunda edición. Editorial Médica Panamericana; Madrid, España. 2004: pp. 42-59.
18. El shanti AFH, EL syed Etewa BB, Dhair ASH, Salem Abo Samra NM. Risk Factor of Intra-Uterine Fetal Death in Gaza Governmental Hospitals: Case-Control Study (2018-2019). *Journal of Medical Research and Health Sciences*, 2020; 3 (10):1124-1139. DOI: <https://doi.org/10.15520/jmrhs.v3i10.275>
19. Maleki Z, Ghaem H, Seif M, Foruhari S. Incidence and maternal-fetal risk factors of stillbirth: A population-based historical cohort and a nested case-control study. DOI: 10.21203/rs.2.18523/v1
20. Pacheco BV. Incidencia y características materno fetales de gestantes con muerte fetal intrauterina. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa 2015-2018. [Tesis]. Universidad Católica de Santa María, Perú; 2019.
21. Huillca-Yalico CR; Quispe-Ilanz M. Características maternas, fetales y neonatales de riesgo asociadas a mortalidad neonatal / Maternal. *Rev. Méd. Panacea* 2019; 8(2): 82-86.
22. Tinedo MJ, Santander F, Alonso J, Herrera A, Colombo C, Díaz M. Muerte fetal: caracterización epidemiológica. *Rev. Salus. UC*, 2016:20(2):37-43.
23. Castillo K. Incidencia de factores desencadenantes del óbito fetal en pacientes entre 18 a 35 años de edad atendidas en el hospital general Liborio panchana Sotomayor. [Tesis]. Universidad Estatal de Guayaquil, Ecuador; 2018.
24. Túa Andrade KP. Factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital San Vicente de Paúl durante el período 2015 al 2017. [Tesis]. Universidad Técnica del Norte, Ibarra. Ecuador; 2018.

ANEXO A

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

-Número de historia _____		-Número de caso _____	
1. DATOS PERSONALES:			
-Fecha de ingreso: _____ -Edad: _____ -Procedencia: _____	-Estado Civil:		
	Soltera	Casada	Divorciada
		Profesión: _____	
2. ANTECEDENTES PERSONALES			
	Si	No	
-Alcohol			
-Droga			
-Tabaquismo			
3.CONDICIONES OBSTÉTRICAS			
-Paridad _____			
-Control prenatal _____			
-Edad gestacional (semanas) _____			
-Intervalo entre Embarazos _____			
	Si	No	
-Incompatibilidad sanguínea			
-Infección urinaria			
-Infección Vaginal			
-Óbito anterior			
	Vaginal	Cesárea	
-Tipo de parto			
4.PATOLOGIAS MATERNAS ASOCIADAS			
	Si	No	
-Hta crónica			
Hta desencadenada en el embarazo			
Diabetes			
Diabetes gestacional			
Patología renal			
Patología tiroidea			
Inmunosupresión			
-Otro: Especificar _____			

5. DESARROLLO CLÍNICO- OBSTÉTRICO.			
-Diagnóstico de ingreso materno			
		Vivo	Muerto
-Estado vital del feto al momento del ingreso			
Características del líquido amniótico		Si	No
-Patología del cordón umbilical			
	Si	No	Especificar
-Malformación estructural del feto			
-Otra patologías_____			
		Normal	Anormal
Crecimiento fetal			
		Si	No
Hidroamnios			
Oligoamnios			
Corioamnionitis			
Desprendimiento de placenta			