

UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL
INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
DE JULIACA. 2021 - 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LADY BRIGITTE MACHACA SURCO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

JULIACA - PERÚ
2025

UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL
INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
DE JULIACA. 2021 - 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LADY BRIGITTE MACHACA SURCO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA – P06



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1210 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 26 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 11200 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 - 2023**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **OBSTETRA** del bachiller: **MACHACA SURCO LADY BRIGITTE** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

- * **Asesor (a)** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : VIERNES 28 DE NOVIEMBRE DEL 2025
HORA : 13:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°782 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 22 de Setiembre del 2025

VISTOS: Expediente. 2025-CU-8302 presentada por e l(la) Bachiller (a) **MACHACA SURCO LADY BRIGITTE** quien solicitado cambio del presidente de Jurado del perfil de tesis para optar el título profesional de OBSTETRA

CONSIDERANDO: Que, según Resolución Decanal N° 503 -2025-D-FCS-UANCV, se aprueba de la propuesta de Tesis: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 - 2023** teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

- * **Asesor** : Dra. SANDRA ALEJANADRA FERNANDEZ MACEDO

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N° 002-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del presidente por motivos ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR el CAMBIO del PRESIDENTE designados a él (la) egresado (a) **MACHACA SURCO LADY BRIGITTE** para la revisión del borrador de tesis titulado **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 - 2023** para optar al Título Profesional de OBSTETRA debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

- * **Asesor** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.



DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. Obstetricia



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 503 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 27 de junio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 153-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 25 de junio del egresado (a) **MACHACA SURCO LADY BRIGITTE** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 - 2023** para optar el título profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

- * **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) MACHACA SURCO LADY BRIGITTE para optar el Título Profesional de : OBSTETRA Con la tesis titulado: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 - 2023 correspondiente a la Línea de investigación SALUD PÚBLICA

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, OB Archivo.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1616-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 22 de noviembre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 121-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 21 de noviembre de la E.P. Obstetricia folio 000115;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **MACHACA SURCO LADY BRIGITTE** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 – 2023** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- * **1er. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 487 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92- y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud,

SE RESUELVE

APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **MACHACA SURCO LADY BRIGITTE** para optar el título profesional de: **OBSTETRA** titulado: **RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 – 2023**

La propuesta de Investigación deberá ejecutarse de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO. - RECONOCER, como **ASESOR(A)** de la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Obstetricia quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP, TM Archivo






20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 18%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Metadatos complementarios - UANCV



TITULO	
RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 - 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	LADY BRIGITTE MACHACA SURCO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72294761
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0008-6321-8556
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA – P06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: SAN ROMÁN Distrito: JULIACA Coordenadas. Latitud: -15.48184 Longitud: -70.12073 https://maps.app.goo.gl/wGYYPmKewKog39J9</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	NOVIEMBRE 2024 – NOVIEMBRE 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. María Concepción Figuerola Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo LADY BRIGITTE MACHACA SURCO, identificado con DNI Nro. 72294761 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 - 2023

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.


Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 12 de Diciembre del 2025


FIRMA (ASESOR)


FIRMA (obligatoria)



Huella

DEDICATORIA

A mi familia, pilar fundamental de mi vida, cuya presencia constante, valores y apoyo incondicional me brindaron la fortaleza necesaria para culminar este proceso académico. Su confianza y acompañamiento silencioso fueron determinantes para perseverar en cada etapa de la elaboración de esta tesis.

A mi novio, por confiar en mí en cada paso, por su paciencia, apoyo incondicional y por acompañarme en cada meta alcanzada.

AGRADECIMIENTO

A mi querida Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, alma mater de mi formación profesional, y a la Escuela Profesional de Obstetricia, por brindar el entorno académico y científico que hizo posible el desarrollo de este trabajo de investigación. Asimismo, reconozco a los docentes por su valiosa labor en la transmisión de conocimientos y por su contribución a mi formación integral, tanto en el ámbito académico como profesional.

A mi asesora, Dra. Sandra Fernández Macedo, por su orientación constante, rigor académico y acompañamiento durante todas las etapas del desarrollo y culminación de la presente investigación

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
ÍNDICE GENERAL.....	V
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	4
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4 HIPÓTESIS.....	6
1.5 VARIABLES	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
--	---

2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL	9
2.1.2 A NIVEL NACIONAL	14
2.1.3 A NIVEL REGIONAL.	19
2.2 MARCO TEÓRICO	25
2.4 MARCO CONCEPTUAL	35

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.3 MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA:.....	38
3.5 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.5.1 TÉCNICAS.....	39
3.5.2 INSTRUMENTO	40
3.5.3 FUENTES.....	40
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	40
RECOLECCIÓN DE DATOS	40
PROCESAMIENTO DE DATOS	41
3.7 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	41
3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	42

CAPÍTULO IV

RESULTADO Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77

ANEXOS	82
ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	83
ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	90
ANEXO 3. INSTRUMENTO	91
ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	92
ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	95

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	Edad y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	39
TABLA 2	Paridad y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	42
TABLA 3	Índice de masa corporal y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	45
TABLA 4	Antecedentes adversos y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	48
TABLA 5	Enfermedades hipertensivas y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023	51
TABLA 6	Niveles de hemoglobina y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	54
TABLA 7	Primera atención prenatal y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	57
TABLA 8	Complicaciones del embarazo y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023	60
TABLA 9	Cantidad de líquido amniótico y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023	63
TABLA 10	Tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	Edad y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	40
FIGURA 2	paridad y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	43
FIGURA 3	Índice de masa corporal y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	46
FIGURA 4	Antecedentes adverbos y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	49
FIGURA 5	enfermedades hipertensivas y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos monge medrano 2021-2023.....	52
FIGURA 6	niveles de hemoglobina y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	55
FIGURA 7	Primera atención prenatal y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	58
FIGURA 8	complicaciones del embarazo y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	61
FIGURA 9	cantidad de líquido amniótico y tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	64
FIGURA 10	Tipos de muerte fetal intrauterina en el hospital Carlos Monge Medrano 2021-2023.....	67

RESUMEN

Objetivo. Determinar el riesgo obstétrico relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2021-2023. **Material y métodos.** Estudio cuantitativo, básico y de nivel correlacional. Se realizó mediante **técnica de análisis documental**, utilizando como **instrumento** una ficha de recolección de datos. La población estuvo conformada por 149 casos de muerte fetal intrauterina, empleándose muestra censal. **Resultados.** Entre los riesgos **pregestacionales**, se evidenció relación significativa con edad materna mayor de 35 años (22.2%, $p < 0.001$), nuliparidad (36.9%, $p < 0.01$), sobrepeso/obesidad (23.5%, $p < 0.01$) y antecedentes obstétricos adversos (32.1%, $p < 0.01$). Respecto a los riesgos de la **gestación actual**, se asoció con preeclampsia (7.5%, $p < 0.01$), anemia (17.4%, $p < 0.001$), atención prenatal tardía (59.1%, $p < 0.02$), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (8.1%, $p < 0.001$) y oligohidramnios (6.0%, $p < 0.001$). El tipo de muerte fetal fue principalmente temprana (40.9%), seguida de la muerte a término (35.6%) y tardía (23.5%). **Conclusión.** Los factores de riesgo obstétrico, tanto pregestacionales como propios de la gestación, presentan asociación significativa con la muerte fetal intrauterina. Sobresalen la edad materna avanzada, la nuliparidad, la obesidad, la anemia, la preeclampsia, el control prenatal tardío, el oligohidramnios y el desprendimiento prematuro de placenta. Los hallazgos permiten aceptar la hipótesis y subrayan la necesidad de un control prenatal oportuno e integral para reducir la ocurrencia de muertes fetales en la región.

Palabras claves. Riesgo obstétrico muerte fetal intrauterina

ABSTRACT

Objective. To determine the obstetric risk associated with intrauterine fetal death in pregnant women treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca, Peru, from 2021 to 2023. **Materials and methods.** This was a quantitative, basic, and correlational study. Data was collected using a document analysis form. The population consisted of 149 cases of intrauterine fetal death, and a census sample was used. **Results.** Among the pre-pregnancy risk factors, a significant relationship was found with maternal age over 35 years (22.2%, $p<0.001$), nulliparity (36.9%, $p<0.01$), overweight/obesity (23.5%, $p<0.01$), and adverse obstetric history (32.1%, $p<0.01$). Regarding the risks of the current pregnancy, it was associated with preeclampsia (7.5%, $p<0.01$), anemia (17.4%, $p<0.001$), late prenatal care (59.1%, $p<0.02$), placental abruption (8.1%, $p<0.001$), and oligohydramnios (6.0%, $p<0.001$). The type of fetal death was primarily early (40.9%), followed by term (35.6%) and late (23.5%) fetal death. **Conclusion:** Obstetric risk factors, both pre-pregnancy and pregnancy-related, are significantly associated with intrauterine fetal death. The most prominent risk factors are advanced maternal age, nulliparity, obesity, anemia, preeclampsia, late prenatal care, oligohydramnios, and placental abruption. The findings support the hypothesis and underscore the need for timely and comprehensive prenatal care to reduce fetal deaths in the region.

Keywords: Obstetric risk, intrauterine fetal death.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los riesgos obstétricos que se relacionan a la mortalidad fetal intrauterina permite identificar las principales causas de este evento, lo que resalta la importancia y relevancia de la investigación.

La gestante y su hijo por nacer se encuentran, en ocasiones, expuestos a diversos factores de riesgo, que representan desafíos significativos y pueden comprometer la salud y la vida de ambos.

Aquella que se define como la muerte intrauterina del feto como el cese de la vida del feto a partir de las 20 semanas de gestación, con un peso igual o superior a 500 gramos.

Este problema es relativamente frecuente en los países latinoamericanos, con tasas que varían entre 7 y 10 muertes intrauterinas por cada mil nacimientos vivos. (1)

Los casos de deceso fetal alcanzaron una tasa de 14.8 por cada mil nacimientos exitosos entre los años 2017 y 2021.

Los estudios que abordan este tema son aún escasos en la región de Puno, a pesar de que el óbito fetal representa un problema significativo, ya que puede derivar en la pérdida de la vida de la madre y del feto. Entre los factores que contribuyen a esta situación se encuentran alteraciones en la placenta, pérdidas de líquido amniótico, así como causas ambientales e idiopáticas.

Los riesgos de muerte fetal pueden manifestarse tanto previo al inicio de la gestación como durante embarazos de alta recurrencia, y se encuentran vinculados a condiciones como obesidad materna, diabetes, hipertensión

arterial, así como a complicaciones ocurridas durante el embarazo y el parto. Estos factores comprometen el bienestar del feto, en situaciones graves, pueden resultar en la pérdida del producto de la concepción.

En este trabajo de investigación se han considerado dos tipos de agentes de riesgo: los preconceptionales y los que se presentan durante la gestación, como factores relacionados con los casos de muertes fetales.

La presente investigación está compuesta por cuatro capítulos: el Capítulo I aborda la descripción del problema, el planteamiento de las interrogantes, los objetivos de la investigación, la hipótesis y las variables; el Capítulo II se centra en la recopilación de información necesaria para comprender el contexto y los antecedentes del proyecto; el Capítulo III explica la estructura metodológica del estudio, incluyendo población, muestra y procedimientos empleados; y finalmente, el Capítulo IV presenta los resultados obtenidos, su análisis e interpretación, destacando las principales conclusiones del estudio.

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Descripción del problema

Internacional.

La mortalidad vinculada al embarazo y al parto continúa representando un desafío relevante para los sistemas de salud a nivel mundial. En concordancia con algunas estimaciones de la OMS, una proporción significativa de la mortalidad infantil se relaciona con eventos ocurridos durante el periodo gestacional y perinatal. A nivel global, se calcula que anualmente se han producido alrededor de 4.3 millones de muertes fetales, concentrándose entre el 97 y 98% de estos eventos en aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo lo que pone en evidencia profundas brechas en los accesos de la calidad de las atenciones en la salud del binomio tanto de la madre y el feto.

Dentro de este panorama, se encuentra la mortalidad fetal tardía constituye un problema prioritario de salud pública. Esta es una definición de los organismos de salud tales como la OMS como la pérdida del feto tanto así como antes de la salida o extracción, a partir de las 28 semanas de gestación, con un peso fetal mayor a 1,000 gramos. En la región de las Américas, la frecuencia de este evento se sitúa entre 7 y 10 por cada 1,000 nacidos vivos, lo que confirma su impacto epidemiológico y social. Estas cifras subrayan las carencias a fortalecerse las estrategias de prevenir, optimizar las atenciones prenatales y consolidar los sistemas de vigilancia obstétrica, con el propósito de disminuir la mortalidad fetal y las complicaciones maternas asociadas. (1)

Nacional.

A nivel de Perú la prevalencia de óbito fetal que se dieron entre los años 2017 y 2021 se investigó en un hospital que parece a Perú, se encontró que la tasa de las mortalidades fetales de 14.8 por cada 1 000 nacidos vivos, lo que evidencia la relevancia de este problema de salud pública en la región. La mayoría de las mujeres se encontraba en el rango de 20 a 24 años (27%), y respecto a su estado civil, el 70.1% era conviviente, lo que refleja las características socioculturales de la población estudiada. En cuanto a su ocupación, el 92% se desempeñaba como ama de casa, mientras que el 83.2% había cursado estudios hasta secundaria, indicando un nivel educativo limitado en gran parte de las gestantes.

Por otra parte, el 50.4% de las gestantes era multigesta, el 29.9% presentaba historia previa de aborto, y el 16.7% contaba con antecedente de cesárea, lo que

evidencia la presencia de factores obstétricos previos que podrían influir en los resultados del embarazo. Con relación a la asistencia al cuidado prenatal, el 67.2% acudió regularmente al servicio, mientras que el 29.2% presentaba sobrepeso, los cuales hace que se presenten factores de riesgo adicional para complicaciones durante la gestación. Estos hallazgos permiten identificar los perfiles maternos más frecuentes en los casos de mortalidad fetal y subrayan la importancia de la vigilancia prenatal continua y la planificación es primordial. (2)

Regional.

A nivel regional, en el Hospital III Essalud – Juliaca durante el año 2023, se registraron diversas complicaciones maternas y perinatales. Entre las complicaciones maternas, las más frecuentes fueron la presencia de anemia en el embarazo (42.1%), seguida de la preeclampsia (17.8%), las rupturas prematuras de membranas (RPM) (16.8%), las infecciones de las vías urinarias (15.8%) y, en menor proporción, la diabetes mellitus gestacional (DMG) (2,0%). Por otro lado, entre las complicaciones perinatales, donde se mostraron la presencia el síndrome de los casos de distrés respiratorio (SDR) (24.3%), así como la presencia de pesos bajo al momento de nacer (11.9%), los casos de reanimaciones fetales (4.0%), el sufrimiento fetal agudo (SFA) (2.5%), y los casos de mortalidad fetal (2.5%). Asimismo, se identificó que las gestantes que contaban con cinco o menos controles prenatales (CPN) presentaban una mayor probabilidad de infección urinaria, mostrando una asociación estadísticamente significativa (OR: 5.84; IC 95%: 2.62-13.0; $p < 0.001$). Estos hallazgos evidencian la importancia de la atención prenatal adecuada y constante, así como la

necesidad de identificar y manejar oportunamente los factores de riesgo, para reducir tanto las complicaciones maternas como las perinatales. (3)

1.1.2 Formulación del problema

- Problema general

PG. ¿Cuál es el riesgo obstétrico relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2021-2023?

-Problemas específicos

PE1. ¿Cuál es el riesgo obstétrico pregestacional relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?

PE2. ¿Cuál es el riesgo de la gestación actual relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?

PE3. ¿Cuál es el tipo de muerte fetal que se atiende con mayor frecuencia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano?

1.2 Justificación del estudio

Justificación teórica.

Entre los resultados adversos del proceso reproductivo atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca se encuentra el fallecimiento fetal intrauterino. Este evento constituye un factor de alto riesgo y requiere un grado elevado de

cuidado, ya que representa una pérdida significativa y profundamente dolorosa para los futuros padres, quienes habían depositado grandes expectativas e ilusiones en la llegada de su primogénito. Por su naturaleza, la muerte fetal se considera un evento traumático tanto emocional como psicológicamente para la familia. Además, la muerte fetal intrauterina constituye una emergencia obstétrica, dado que puede comprometer la vida de la gestante y afectar de manera significativa su salud. Por estas razones, la presente investigación adquiere una gran relevancia, al contribuir a comprender los factores de riesgo de los casos asociados y a la implementación de estrategias de prevención oportunas que permitan reducir la incidencia de este evento y proteger tanto la vida materna como la fetal.

Justificación práctica.

La información obtenida en esta investigación permitirá identificar y aclarar los riesgos obstétricos de alta recurrencia que se asocian con los fallecimientos fetales intrauterinos. La detección de factores de riesgo modificables resulta fundamental, ya que facilita la planificación de estrategias en salud pública, considerando las condiciones previas de las gestantes y permitiendo anticipar posibles escenarios adversos para los progenitores, incluyendo la pérdida del feto.

Justificación metodológica

El estudio fue desarrollado bajo los métodos hipotético-deductivo, con un enfoque cuantitativo. Para realizar el cumplimiento de los objetivos que fueron planteados, se efectuó el análisis sistemático de las historias clínicas

correspondientes a los casos de muerte fetal intrauterina. Las recolecciones de las informaciones se realizó mediante una ficha estructurada y previamente validada, lo que permitió asegurar la consistencia, organización y confiabilidad de los datos obtenidos. Los resultados fueron procesados, analizados e integrados en un informe final de investigación, en el cual se expone de manera ordenada la evidencia generada a partir del estudio.

1.3 Objetivos de la investigación

- Objetivo general

OG. Determinar el riesgo obstétrico relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2021-2023.

- Objetivos específicos

OE1. Identificar el riesgo obstétrico pregestacional relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

OE2. Especificar el riesgo de la gestación actual relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

OE3. Indicar el tipo de muerte fetal que se atiende con mayor frecuencia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

1.4 Hipótesis

- Hipótesis general

HG. El riesgo obstétrico preconcepcional y de la gestación actual si están relacionados a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2021-2023.

- Hipótesis específicas

HE1.El riesgo obstétrico pregestacional como: edad mayor de 35 años, la multiparidad, el sobre peso materno y la obesidad, así como los malos antecedentes obstétricos si están relacionados a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

HE2. El riesgo de la gestación actual como: la preeclampsia, la anemia, la atención prenatal tardía, la ruptura prematura de membranas y el oligohidramnios si están relacionados a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

HE3. El tipo de muerte fetal que se atiende con mayor frecuencia es de tipo tardía.

1.5 Variables

Variable 1. Riesgo obstétrico

Variable 2. Muerte fetal intrauterina

- Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
V1. Riesgo obstétrico	1.1 Pregestacional	1.1.1 Edad	a) ≤ 17 años b) 18 a 35 años c) 36 a más años
		1.1.2 Paridad	a) Nulípara b) primípara c) Multípara
		1.1.3 Índice de masa corporal	a) Delgadez b) Normal c) Sobre peso d) Obesidad
		1.1.4 Antecedentes adversos	a) Aborto b) Cesárea c) Óbito fetal d) Ninguno
	1.2 Gestación actual	1.2.1 Enfermedades hipertensivas	a) Preeclampsia b) Eclampsia c) Ninguna
		1.2.2 Niveles de hemoglobina	a) ≥ 11 g/dl b) $<$ de 11 g/dl
		1.2.3 Primera atención prenatal	a) Entre 4 a 13 semanas b) Después de la semana 13 c) No acudió
		1.2.4 Complicaciones del embarazo	a) Placenta previa b) Desprendimiento prematuro de placenta c) Ruptura prematura de membranas d) Ninguna
		1.2.5 Cantidad de líquido amniótico ILA	a) Oligohidramnios (≤ 5 cm) b) Adecuado c) Polihidramnios (≥ 24 cm)
V2. Muerte fetal intrauterina		2.1 Tipo de muerte fetal	a) Temprana 20 a 27 semanas b) Tardía 28 a 36 semanas c) A término 37 a más semanas

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 A nivel internacional

Barreto, Pasto. (4) Condicionantes de riesgo relacionado a la mortalidad fetal. Nosocomio Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador 2022. Objetivo: Identificar los factores condicionantes que influyeron en los casos de fallecimiento fetal intrauterino ocurridos en gestantes atendidas en la institución.

Materiales y metodología: La investigación adoptó un diseño observacional, de carácter descriptivo, transversal y retrospectivo. Los datos se recopilaron mediante el examen minucioso de los registros clínicos disponibles en la plataforma informática AS400 del Hospital IESS-Riobamba, limitándose al intervalo temporal del estudio y siguiendo criterios de inclusión previamente establecidos, sin considerar información anterior o posterior al período analizado. Los procesamientos de análisis de la recolección de datos los cuales fueron realizados el software STATA. Resultados: siendo aplicados por criterios

de elegibilidad, se definió una muestra de 50 mujeres embarazadas diagnosticadas con decesos neonatales. La mayoría de las gestantes (64%) se encontraba en el rango de 19 a 34 años, predominando las mujeres de etnia mestiza (76%), casadas (48%), con educación superior (46%) y empleo remunerado (64%). Asimismo, la mayoría residía en áreas urbanas (76%). Se detectó que el 34% contaba con controles prenatales insuficientes, mientras que el consumo de tabaco y alcohol se registró en el 2% y 4%, respectivamente. En relación con el estado nutricional, el 70% presentaba sobrepeso, y el 66% cursó con malestares en la zona urinaria durante la gestación. Desde la perspectiva fetal, se observó una mayor incidencia en neonatos masculinos (60%) y restricción del crecimiento intrauterino (16%). En la dimensión ovulo-placentaria, se identificaron anomalías placentarias (16%) y distocia del cordón umbilical (12%). Conclusión: Se evidenció una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el fallecimiento fetal intrauterino y factores como la pertenencia a la etnia indígena, la falta de un control prenatal adecuado, la restricción del crecimiento fetal, las anomalías maternas durante la gestación y la preeclampsia. En contraste, variables como edad materna mayor a 35 años, multigesta, estado civil soltera, bajo nivel educativo, consumo de sustancias nocivas, obesidad y antecedentes de muerte fetal no mostraron una relación estadísticamente significativa con el óbito fetal intrauterino.

Cid. (5) Relación entre la pandemia por COVID 19 y los condicionantes de riesgo asociados a muerte fetal tardía en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes. 2023. La investigación ha tenido como objetivo estudiar los casos de muertes fetales tardías vinculadas al virus SARS-CoV-2 en gestantes atendidas en el Hospital de la Mujer. La investigación se desarrolló con un

enfoque analítico, de tipo transversal y carácter retrospectivo, incluyendo la totalidad de los registros médicos correspondientes a muertes fetales tardías ocurridas en el periodo de la epidemiología COVID-19 (considerados como casos) y en el período previo a la contingencia (grupo control), conformando un universo de 232 expedientes clínicos. Los resultados evidenciaron un incremento en la frecuencia de óbitos fetales tardíos en el estado de Aguascalientes, pasando de 7.86 casos por mil nacimientos en 2019 a 10.3 en 2020, coincidiendo con la irrupción de la pandemia. Entre los factores que mostraron cambios significativos, se identificó que el 18.4% de las gestantes no asistió a ningún control prenatal, en contraste con el 8.5% del grupo control, mientras que la prevalencia de sífilis fue mayor en los casos (18.4%) frente a los controles (4.2%). En relación con el índice de masa corporal (IMC), el 28.9 % de las mujeres con muerte fetal presentó un IMC superior a 30, comparado con el 39.8% del grupo control. Asimismo, se observó una ligera disminución en el volumen de líquido amniótico, tanto en los casos de oligohidramnios (11.4% frente a 12.7%) como de polihidramnios (7.9% frente a 10.2%), y los trastornos placentarios se registraron con menor frecuencia en los casos. En conclusión, el estudio permitió evidenciar un incremento de gestantes que no asistieron a controles prenatales, lo que podría haber retrasado la detección de alteraciones placentarias, además de resaltar la importancia del cuidado nutricional durante la gestación; por otro lado, el exceso de peso corporal no mostró una correlación estadísticamente significativa con la ocurrencia de muerte fetal tardía.

Guerra, Sarasa, Alfonso, Navas. (6) Factores de riesgo maternos asociados con la muerte fetal tardía en el contexto santaclareño. Medicentro Electrónica. Cuba 2023. Propósito: Objetivo: Determinar las condiciones

predisponentes de origen materno relacionadas con la ocurrencia de muerte fetal en etapa avanzada dentro del entorno de Santa Clara. Materiales y metodología: La investigación se desarrolló con un diseño explicativo, de carácter retrospectivo y longitudinal. La unidad muestral estuvo constituida por 71 gestantes que experimentaron pérdida fetal en etapas avanzadas de la gestación, junto con los respectivos neonatos. Resultados y conclusiones: Se observó una prevalencia de gestantes con partos previos (56.3%), la mayoría ubicada dentro de la franja etaria considerada biológicamente óptima para la reproducción (69%) y con la presencia de uno a tres factores de riesgo clínico (71.8%). Las circunstancias maternas más comúnmente asociadas con la muerte fetal en su etapa terminal se agrupan en dos categorías principales: por un lado, afecciones sistémicas de curso crónico, donde la hipertensión arterial fue la más frecuente, seguida de la disfunción tiroidea; y, por otro lado, alteraciones del aparato genital, destacando la inflamación vaginal como la condición más recurrente.

Larrea. (7) Estudio clínico-patológico de las principales causas de muerte perinatal. Universidad de Zaragoza, MED, 2021. El presente estudio tuvo como objetivo indagar los detonantes más frecuentes de la muerte fetal en el periodo perinatal, considerando tanto los antecedentes médicos maternos de relevancia como los hallazgos morfológicos obtenidos mediante necropsias fetales y análisis histológico de la placenta. Se trabajó con un diseño no experimental, de tipo retrospectivo y descriptivo, ya que no se manipuló la variable causal, basándose en los informes de autopsias perinatales realizadas a partir de la vigésima segunda semana de gestación, con peso igual o superior a 500 g, hasta los primeros 28 días postnatales. Durante el período estudiado se

recopilaron 122 exámenes postmortem de neonatos, de los cuales 26 correspondieron estrictamente al periodo perinatal; sin embargo, dos de estos no fueron considerados por falta de información sobre las gestantes, dejando una muestra final de 24 casos. Los resultados mostraron que en 11 casos (46%) se identificó un único agente detonante, en 9 casos (37%) se registraron dos agentes, y en 1 caso (4%) se encontraron tres agentes asociados a la defunción perinatal, evidenciando la complejidad multifactorial de los eventos que conducen a la muerte fetal en esta etapa.

Bautista. (8) Condicionantes de riesgo y prevalencia de la mortalidad fetal intrauterina en gestantes que se atienden en el Hospital Universitario Erasmo Meoz. Colombia 2022. Esta investigación tiene como objetivo establecer los elementos condicionantes y la recurrencia relativa en relación con la mortalidad fetal intrauterina en mujeres gestantes. La investigación se desarrolló mediante un enfoque cuantitativo, con herramientas estadísticas de carácter descriptivo, trabajo de campo y análisis retrospectivo de los registros clínicos. Los resultados evidenciaron que el 76.72% de las gestantes eran de procedencia venezolana, con una edad promedio de 23.85 años y una evolución gestacional promedio de 32 semanas (DE $\pm 5,39$). La media de embarazos por paciente fue de 2.36 (DE $\pm 1,54$), observándose que el 36.51% correspondía a gestaciones primarias. De manera preocupante, se detectó insuficiencia en el monitoreo prenatal en el 66.67% de los casos, con una media de apenas 2.35 revisiones médicas antes del evento obstétrico. En cuanto al tipo de parto, predominó la vía vaginal (80.42%), y se observó una mayor proporción de fetos masculinos fallecidos (55.03%). Respecto a los signos de ingreso hospitalario, el malestar abdominal en la región hipogástrica acompañado de ausencia de

movimientos fetales fue la manifestación más frecuente (30.63%), mientras que la presentación aislada de la falta de actividad fetal se registró en un 32.27% de los ingresos. Finalmente, estos hallazgos subrayan la urgente necesidad de fomentar la conciencia en las gestantes de esta comunidad acerca de las causas probables y los mecanismos preventivos más eficaces frente a los casos de mortalidad fetal, dado que los condicionantes de riesgo de riesgo identificados en la literatura científica se reproducen claramente en el contexto del Hospital.

2.1.2 A nivel nacional

Matos. (9) Condicionantes de riesgo para muerte fetal intrauterina atendidos en los nosocomios. 2021.

La investigación tuvo como objetivo analizar en profundidad las evidencias empíricas sobre los factores predisponentes vinculados a la muerte fetal intrauterina. La investigación se desarrolló mediante una recopilación sistemática de carácter cualitativo, basada en una revisión meticulosa de literatura científica disponible en repositorios digitales especializados, incluyendo 38 publicaciones los cuales cumplen con los criterios que son establecidos, comprendidas entre los años 2015 y 2020. Entre los resultados, se observó que el 32% de los trabajos revisados correspondía a estudios retrospectivos, especialmente de casos y controles; el 43% identificó correlación entre variables sociodemográficas y el desenlace fetal, mientras que el 52% evidenció relación entre antecedentes obstétricos desfavorables y la muerte fetal. Además, el 29% de las investigaciones resaltó la preeclampsia como el factor clínico obstétrico más frecuente, y el 33% indicó que la educación primaria constituye un determinante sociodemográfico relevante. En conclusión, entre los

factores obstétricos más destacados se incluyen la preeclampsia, las alteraciones congénitas estructurales, el sangrado en el último trimestre, la diabetes mellitus gestacional y la anemia materna, mientras que a nivel sociodemográfico predominan el bajo nivel educativo, los rangos extremos de edad materna y el estado civil sin vínculo conyugal formal, factores que en conjunto contribuyen significativamente al riesgo de muerte fetal intrauterina.

Pantigoso, Oscátegui, Chafloque, Barja. (2) Características clínicas y epidemiológicas de los casos de muerte fetal en un hospital público del Perú: estudio de tipo descriptivo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 84(1), 42–48, 2024. La investigación ha mostrado como objetivo principal hacer características de los eventos de óbito fetal registrados entre los años 2017 y 2021 en un centro hospitalario estatal del Perú. Se desarrolló investigaciones de tipo que son descriptivas, con diseño transversal y una unidad muestral de 137 registros durante el periodo referido, empleando frecuencias simples y distribuciones porcentuales para la presentación de los resultados. Los hallazgos mostraron que la tasa de muerte fetal fue de 14,8 por cada 1 000 neonatos vivos, predominando mujeres de 20 a 24 años (27%), el 70.1% convivía con su pareja, el 92% ejercía labores domésticas y el 83.2% había cursado educación secundaria como nivel máximo de formación. En cuanto a los antecedentes obstétricos, el 50.4% correspondía a gestantes multíparas, el 29.9% refirió abortos previos y el 16.7% presentaba intervenciones quirúrgicas previas. La atención prenatal fue la prestación más frecuente (67.2%) y el 29.2% de las gestantes presentaba sobrepeso. Respecto a las morbilidades maternas, el 38% cursó con infección urinaria, el 17.5% presentó preeclampsia leve y el 2.9% evidenció alteraciones en los niveles de insulina durante la gestación. En

cuanto a los hallazgos fetales, el 19% presentó anomalías congénitas, mientras que el 23.4% de los óbitos se relacionó con causas maternas. En conclusión, la mortalidad fetal fue considerable, afectando principalmente a gestantes en situación de vulnerabilidad social y con antecedentes obstétricos de alto riesgo, siendo las causas maternas las más frecuentes entre los desenlaces fatales registrados.

Soto. (10) Factores maternos relacionados con la muerte fetal intrauterina en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Santa Rosa II Piura.

2023. Objetivo: Propósito: El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar detalladamente los eventos de muerte fetal registrados entre los años 2017 y 2021 en un establecimiento sanitario público de Perú. Para ello, se desarrolló una investigación de corte descriptivo, con enfoque transversal, llevada a cabo en gestantes con muerte fetal confirmada cuya edad gestacional superaba las 22 semanas, conformando una unidad muestral de 137 reportes durante el período señalado. Los datos se analizaron mediante proporciones y frecuencias relativas. Los resultados mostraron que la incidencia de óbito fetal fue de 14.8 por cada mil nacimientos vivos, predominando mujeres de 20 a 24 años (27%), de las cuales el 70.1% mantenía una relación de convivencia, el 92% desempeñaba labores domésticas y el 83.2% había cursado educación secundaria como máximo nivel educativo alcanzado. En cuanto al perfil obstétrico, el 50.4% correspondía a gestantes multíparas, el 29.9% contaba con antecedentes de aborto, y el 16.7% había tenido cesárea previa. Respecto al seguimiento prenatal, se registró como la atención más habitual en el 67.2% de los casos, mientras que el 29.2% de las gestantes presentaba sobrepeso. Por otro lado, en relación con las condiciones clínicas maternas, el 38% cursó con

infección del tracto urinario, el 17.5% presentó preeclampsia sin signos graves, y el 2.9% evidenció alteraciones en los niveles de glucosa durante la gestación. Asimismo, las anomalías congénitas estuvieron presentes en el 19% de los nacimientos sin vida, mientras que el 23.4% de los óbitos se relacionó con etiología materna confirmada. En conclusión, la proporción de fallecimientos fetales fue considerable, afectando principalmente a mujeres con indicadores de alta vulnerabilidad social y con antecedentes obstétricos de riesgo, destacándose que las causas de origen materno constituyeron la categoría predominante en los desenlaces fatales registrados.

Pérez. (11) Factores relacionados a muerte fetal de usuarias atendidas en el hospital Tingo María, Huánuco. 2023. El presente estudio tuvo como objetivo establecer los elementos condicionantes vinculados al fallecimiento fetal. Para ello, se adoptó un enfoque cuantitativo, de naturaleza transversal y con un diseño descriptivo de tipo relacional. La unidad de análisis estuvo constituida por 15 expedientes clínicos que documentaban muertes fetales, y la extracción de datos se realizó mediante el examen minucioso de la documentación clínica, utilizando como recurso auxiliar una hoja estructurada de registro de datos. En los resultados, se identificó que el 87% de los casos correspondía a defunciones fetales en etapa avanzada, es decir, con edad gestacional superior a 28 semanas, mientras que el 13% restante se ubicaba en la fase media, comprendida entre las semanas 22 y 27. En relación con la clasificación etiológica principal de los decesos, se observó que el 67% correspondía a causas perinatales, el 27% a causas infecciosas y el 7% a acumulación de líquido abdominal fetal (ascitis). Además, mediante el análisis inferencial, se obtuvo un valor estadístico de $p < 0,001$ el cual, al ser inferior al

umbral convencional de 0.05, indica una relación estadísticamente significativa entre el fallecimiento fetal y la presencia de factores predisponentes, confirmando así la hipótesis planteada por el investigador. En consecuencia, los hallazgos resaltan la importancia de identificar y monitorear los factores de riesgo maternos y fetales, dado que su presencia se asocia directamente con la ocurrencia de óbitos, subrayando la necesidad de estrategias de prevención oportunas y efectivas en el ámbito clínico.

Cerron, Hidalgo. (12) Condicionantes de riesgo asociados con la mortalidad fetal en embarazadas que se atienden en un Hospital Público–Huancayo. 2021.

La investigación tuvo como objetivo principal identificar los factores vinculados con la muerte fetal intrauterina en gestantes durante su período de gestación. Para ello, investigación cuantitativa y diseño básico, sin manipulación de la variable causal, clasificándose como no experimental, con una unidad muestral de 97 gestantes atendidas, seleccionadas mediante muestreo probabilístico. Los resultados mostraron que el 40% de las gestantes tenía más de 36 años, mientras que el 31% contaba con educación secundaria completa, el 48% se dedicaba a labores domésticas, el 51% convivía con su pareja, y el 64% provenía de zonas urbanas, siendo además el 66% gestaciones no planificadas. En cuanto a los factores maternos, se observó que el 90% presentaba anemia, el 82% infección urinaria y el 45% sífilis, con significancia estadística de 9.2%, 7.5% y 6.8%, respectivamente, en relación con la muerte fetal. Respecto a los indicadores fetales, el 55% evidenció sufrimiento fetal, con una asociación significativa del 18.9%; los fetos masculinos representaron el 58%, y el 11.3% mostró correlación estadística con el deceso intrauterino, siendo la edad

gestacional superior a 37 semanas la más asociada. Entre los factores obstétricos, el 55% de las embarazadas presento atención prenatal igual o superior a seis consultas, el 56% era primípara, y las patologías (RPM), preeclampsia y los casos de desprendimientos prematuros de placenta (DPP) presentaron asociaciones significativas del 5.7%, 10.8% y 9.4%, respectivamente, con la muerte fetal. Además, el 74% de los partos se realizó por vía vaginal, mostrando una asociación significativa del 10.3% con el deceso fetal. Finalmente, los resultados inferenciales revelaron un valor de $X^2_c = 15.302$, superior al $X^2_t = 4.89$ ($\alpha = 0.05$, 2 grados de libertad), junto con un valor $p < 0.001$, lo que confirma una correlación estadísticamente significativa entre los factores maternos, fetales y obstétricos con los casos de las mortalidades intrauterinas, subrayando la importancia de la identificación temprana y el manejo adecuado de los riesgos durante la gestación para prevenir desenlaces fatales.

2.1.3 A nivel regional.

Carpio. Juño. y Medina. (13) Factores asociados al tipo de término del embarazo en gestantes de la Micro Red Metropolitano – Puno. 2023

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores vinculados con los desenlaces gestacionales en mujeres embarazadas. Para ello, se empleó un enfoque hipotético-deductivo, sin manipulación de la variable causal, clasificándose como una investigación no experimental, con una unidad muestral de 270 gestantes. Los resultados revelaron que el 82.8% de los casos correspondió a agentes asociados al parto, mientras que el padecimiento previo de COVID-19 antes del embarazo mostró repercusiones significativas en distintos desenlaces. En cuanto a la interrupción temprana del embarazo (0.7%),

se observaron factores como bajo peso corporal y adiposidad grado I, antecedentes de cero a tres gestaciones, finalización previa mediante cesárea, seguimiento clínico limitado entre uno y nueve controles, presencia de anomalías asociadas a SARS-CoV-2, aplicación de cero a dos dosis de inmunización antitetánica, administración de una a tres dosis de vacuna contra COVID-19, así como ausencia de sangre en las arterias en grados leves a moderados. Por otra parte, en los casos de muerte fetal intrauterina (0.7%), se identificaron exceso ponderal tipos I y II, historial de cero a dos pérdidas gestacionales, paridad previa entre cero y dos, desenlaces anteriores mediante aborto o intervención quirúrgica, aplicación de una a dos dosis profilácticas contra el tétanos, inoculación de dos a tres dosis de vacunas anticovid, junto con anemia de grado moderado. En cuanto a la finalización mediante cesárea (15.8%), se encontraron factores como edad materna promedio elevada, talla reducida, niveles de peso corporal elevados grados I y II, antecedentes de cero a dos alumbramientos previos, conclusión anterior de la gestación mediante aborto o cirugía, intervalo intergenésico subóptimo, administración de una o dos dosis de antitetánica, y la presencia de alteraciones moderadas en los niveles de glucosa. En conjunto, estos hallazgos evidencian la importancia de considerar de manera integral los factores maternos, obstétricos y clínicos, dado que su interacción influye de manera directa en los diferentes desenlaces gestacionales, destacando la necesidad de una vigilancia prenatal rigurosa, aplicación adecuada de vacunas y seguimiento clínico constante, a fin de minimizar riesgos y mejorar los resultados perinatales.

Vega. (14). Gestante con diagnóstico de óbito fetal. 2023.

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo, caracterizar las condiciones gineco-obstétricas y comparar el manejo clínico aplicado con la guía técnica del MINSA. Para ello, se adoptó un enfoque hipotético-deductivo, sin manipulación de la variable causal, clasificándose como no experimental, considerando como unidad de estudio una sola paciente, mujer de 30 años, múltipara, que acudió al servicio de emergencias en la semana 40 de gestación. Al ingreso, se registró una altura uterina de 29 cm, presentación cefálica del feto sin latidos cardiacos detectables, dinámica uterina de 2 a 3 contracciones cada 10 minutos con duración de 25 segundos y cierto grado de intensidad, dilatación cervical de 5 cm, borramiento del 80% y presentación a -2 con membranas intactas. Posteriormente, la paciente fue trasladada a un centro hospitalario de mayor complejidad con diagnóstico presuntivo de gestación avanzada para confirmar óbito fetal y manejar el trabajo de parto en fase activa, lo que permitió un alumbramiento vaginal espontáneo de un feto femenino sin vida, con peso de 2.09 kg y malformaciones congénitas macroscópicas evidentes. Durante el seguimiento posparto, la paciente evolucionó de manera favorable, recibiendo alta médica a las 48 horas sin complicaciones sépticas ni hemorrágicas. Los hallazgos sugieren que factores como anomalías estructurales fetales y seguimiento prenatal inadecuado influyeron en el desenlace, mientras que, desde el punto de vista epidemiológico, se trataba de una madre adulta joven con bajo nivel educativo y recursos socioeconómicos limitados, siendo la multiparidad el rasgo gineco-obstétrico más relevante. Este caso evidencia la importancia de un control prenatal oportuno y una vigilancia clínica estricta, así como la necesidad de estrategias preventivas para minimizar

riesgos en gestaciones con antecedentes obstétricos y factores socioeconómicos desfavorables.

Passara. (15) Factores de riesgo asociados a muerte fetal en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de pandemia del COVID 19 del 2020 al 2022. El presente estudio tuvo como **objetivo** identificar los factores que influyen en los decesos fetales intrauterinos en mujeres embarazadas. Para ello, se adoptó un enfoque de casos y controles, de tipo descriptivo, basado en la observación y en una medición única atemporal, con una unidad muestral de 116 casos y 116 controles. Los resultados evidenciaron que los factores maternos significativos incrementan notablemente el riesgo de muerte fetal intrauterina; entre ellos se destacan la edad materna avanzada, la nuliparidad, la multiparidad elevada y los antecedentes de óbito fetal, los cuales, junto con condiciones clínicas como hiperglucemia, hipertensión, obesidad, infecciones urinarias, corioamnionitis, COVID-19 y preeclampsia, así como un control prenatal insuficiente, se identificaron como variables determinantes. De manera particular, el control prenatal insuficiente se destacó como uno de los factores más influyentes (OR: 7.3), subrayando la relevancia de una vigilancia gestacional constante y integral para prevenir desenlaces adversos. Asimismo, se encontró que el sexo masculino del feto se asoció de forma significativa con el desenlace, mientras que la prematuridad extrema presentó un riesgo muy elevado, seguida de la interrupción gestacional temprana moderada y la insuficiencia ponderal fetal, especialmente en casos graves (menor a 1500 g), todos con asociaciones fuertes. Por otro lado, las malformaciones congénitas mostraron una relación relevante, al igual que los factores placentarios, incluyendo el prolapso del cordón umbilical y la separación prematura de la

placenta, que evidenciaron vínculos importantes con el deceso fetal. En conclusión, los hallazgos reflejan que el control prenatal inadecuado y la falta de detección temprana de complicaciones incrementan significativamente el riesgo de muerte fetal intrauterina, particularmente en gestantes con antecedentes obstétricos adversos, comorbilidades metabólicas o infecciosas, y patologías placentarias, sobre todo en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, lo que enfatiza la necesidad de monitoreo estricto, seguimiento clínico integral y estrategias preventivas oportunas para mejorar los resultados perinatales y reducir desenlaces fatales.

Asqui. (3) Efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno perinatales en gestantes del hospital III Essalud de Juliaca, 2023. Objetivo: Establecer los elementos que son de amenaza que influyan al óbito fetal en féminas en etapa de gestación Materiales y Metodología: en una estructura analítica de tipo observacional, retrospectiva, con enfoque transversal sin manipulación de la variable causal ocasionando que sea no experimental con una unidad muestral es de 232 sujetos donde 116 casos con desenlace fetal adverso y 116 controles con neonatos viables Resultados: Las variables maternas como la edad gestacional avanzada, primiparidad, gran multiparidad y antecedentes de pérdida fetal aumentan las amenazas obstétrico. Alteraciones metabólicas, tales como hiperglicemia y obesidad, junto con complicaciones hipertensivas como hipertensión arterial y preeclampsia, también muestran asociaciones significativas. Procesos infecciosos como infecciones del tracto urinario, corioamnionitis y COVID-19 incrementan la probabilidad de desenlaces adversos, al igual que un seguimiento prenatal deficiente. Por otro lado, factores fetales como el sexo masculino, diferentes

grados de junto a las variables placentarias como el prolapso de cordón que une al embrión con la progenitora alumbramiento anticipado, se vinculan estrechamente con complicaciones. En conclusión, estos hallazgos resaltan la urgencia de un control prenatal riguroso, vigilancia durante el parto y manejo temprano de complicaciones para optimizar la atención en grupos obstétricos vulnerables, especialmente en situaciones de emergencia sanitaria.

Condori. (16) Condicionantes de riesgo relacionados a casos de mortalidad fetal en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de pandemia del COVID 19. 2024. La investigación identificar los agentes clínicos y epidemiológicos asociados con la mortalidad fetal intrauterina en la población obstétrica. Para ello, se desarrolló un estudio analítico observacional de corte retrospectivo, con diseño caso-control no pareado, considerando una unidad muestral de 232 pacientes, distribuidas en 116 de los casos de mortalidad fetal intrauterina y 116 controles con neonatos viables, atendidas entre los años 2020 y 2022. Los resultados evidenciaron que diversos factores maternos, fetales y placentarios se encuentran altamente relacionados con la mortalidad fetal intrauterina. Entre las variables maternas, se destacaron la edad avanzada (≥ 35 años), la nuliparidad, la multiparidad elevada, los antecedentes de óbito fetal y un control prenatal insuficiente (menos de 6 visitas); además, se identificaron condiciones comórbidas como diabetes gestacional, obesidad, hipertensión arterial y complicaciones obstétricas tales como preeclampsia, corioamnionitis e infección por COVID-19. En cuanto a los factores fetales, se observó una mayor asociación con el sexo masculino, distintos grados de prematuridad, bajo peso al nacer y la presencia de

malformaciones congénitas. Por otro lado, entre los factores placentarios, se identificaron anomalías como el prolapso de membranas y del cordón umbilical, que evidenciaron también un vínculo significativo con el desenlace fatal. Estos hallazgos resaltan la importancia de un seguimiento prenatal exhaustivo y continuo, así como la necesidad de identificar subgrupos de riesgo elevado que requieren vigilancia clínica especializada. Adicionalmente, las complicaciones de origen infeccioso e inflamatorio mostraron una asociación particularmente robusta, subrayando su papel crítico en la ocurrencia de muerte fetal intrauterina y la urgencia de implementar estrategias preventivas y de monitoreo oportuno para mejorar los resultados perinatales.

2.2 Marco Teórico

2.2.1. Riesgo obstétrico

Se entiende como factor de riesgo obstétrico cualquier situación clínica, perinatal o sociocultural presente en una mujer durante su gestación que pueda incrementar la probabilidad de complicaciones a lo largo del embarazo, aumentando así la amenaza de pérdida fetal o muerte del neonato en el útero, en comparación con gestantes que no presentan dicha condición. (17)

2.2.2 Pregestacional

Los factores de riesgo preconcepcionales representan la probabilidad de que una mujer no embarazada pueda experimentar complicaciones a lo largo del proceso reproductivo. Dichos factores están determinados por diversos elementos, patologías o situaciones específicas, ya sea de manera aislada o

combinada, que pueden afectar de forma adversa al binomio madre-hijo durante la gestación, el parto o el período posparto inmediato.

2.2.3 Edad

Cuando una mujer adolescente se encuentra en estado de gestación, se enfrenta a un fenómeno de alcance global que puede generar consecuencias significativas en múltiples ámbitos, incluyendo el sanitario, el sociocultural y el económico. Desde el punto de vista sanitario, el embarazo adolescente se asocia con mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales, tales como preeclampsia, anemia, parto prematuro y mortalidad fetal o neonatal. En el ámbito sociocultural, puede afectar la educación, las oportunidades laborales y la integración social, limitando el desarrollo personal y profesional de la joven. Asimismo, desde la perspectiva económica, incrementa la vulnerabilidad financiera tanto de la madre como de su familia, al requerir recursos adicionales para atención médica, cuidado del recién nacido y sostenimiento familiar. (18)

El embarazo en adolescentes se presenta cuando ni el organismo ni el estado psíquico de la mujer se encuentran en condiciones óptimas para asumir la gestación, especialmente durante la pubertad temprana o tardía, período que la OMS delimita hasta los 19 años. Gran parte de estos embarazos son no planificados, lo que aumenta significativamente los riesgos; de hecho, la probabilidad de muerte materna relacionada con complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio se duplica si la concepción ocurre antes de los 15 años. Por otro lado, el embarazo en mujeres de edad avanzada, término clínico que se aplica a gestantes mayores de 35 años, se asocia con mayores dificultades obstétricas, generando una amplia gama de riesgos tanto para la madre como

para el neonato, incluyendo complicaciones durante la gestación, el alumbramiento y el período posnatal.

2.2.4 Paridad

Se denomina parto al número de alumbramientos ocurridos a partir de los 140 días de gestación, sin considerar la condición vital del neonato, y comprende tres categorías diferenciadas. Los nacimientos pretérminos corresponden a aquellos en los que se da a luz a un feto, vivo o muerto, con un peso igual o superior a 500 gramos y menos de 37 semanas completas de gestación contadas desde el primer día de la última menstruación. Por su parte, los alumbramientos a término incluyen aquellos que se producen entre la 37 y la 41 semana más 6 días de gestación.

Nacimiento postérmino: aquellos que ocurren a partir de las 42 semanas completas de gestación.

2.2.5 Índice de masa corporal

El estado nutricional materno, determinado a partir del índice de masa corporal previo a la concepción, constituye un factor determinante en el crecimiento y desarrollo fetal, con particular repercusión sobre el peso del recién nacido. Un exceso ponderal antes del inicio de la gestación se vincula con una mayor probabilidad de macrosomía fetal, condición que incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto y el nacimiento. (20)

En contraste, un índice de masa corporal pregestacional inferior a 18.5 kg/m² se asocia con alteraciones del crecimiento intrauterino, manifestadas en neonatos con bajo peso y dimensiones reducidas en relación con la edad gestacional. (20)

2.2.6 Antecedentes adversos

La condición nutricional materna, evaluada a través del índice de masa corporal (IMC) previo a la concepción, tiene un impacto directo en el desarrollo fetal, particularmente en el peso al nacer del neonato. Un exceso en el estado nutricional antes del embarazo se asocia con una mayor probabilidad de macrosomía, lo que puede derivar en dificultades obstétricas durante el parto, como distocia de hombros, necesidad de cesárea o traumatismos neonatales. Por otro lado, un IMC insuficiente antes de la gestación también puede comprometer el desarrollo intrauterino, aumentando el riesgo de restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer e incluso parto prematuro, lo que evidencia la importancia de un estado nutricional equilibrado antes y durante el embarazo. La anamnesis obstétrica elemental se consigna en un formato particular, que contempla el conteo de embarazos (gestas) y la paridad.

La cifra de gestaciones (G) alude al total de embarazos comprobados; el vocablo "grávida" designa a la mujer que ha atravesado por lo menos una gestación.

La paridad (P) representa la cantidad de partos ocurridos a partir de la semana veinte de la etapa gestacional. Este registro se asocia:

Nacimientos a término (≥ 37 semanas)

Partos pretérminos (> 20 y < 36 semanas + 6 días)

Abortos (ya sean pérdidas espontáneas antes de las 20 semanas, interrupciones voluntarias, gestaciones ectópicas o embarazos molares).

2.3 Gestación actual

2.3.1 Enfermedades hipertensivas

Cuadro clínico definido por presión arterial elevada, con o sin la presencia de proteinuria y/o retención hídrica (edema), que aparece a lo largo de la gestación.

(21)

Las alteraciones hipertensivas del embarazo se categorizan de la siguiente manera: hipertensión arterial crónica, hipertensión inducida por la gestación, preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp.

2.3.2 Niveles de hemoglobina

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que durante la segunda y tercera etapas del embarazo, las mujeres pueden presentar deficiencia de hemoglobina, considerándose anémicas aquellas con niveles por debajo de 11 g/d. La anemia gestacional constituye la alteración hematológica más frecuente en este periodo, caracterizándose por una reducción en la concentración de hierro en la sangre, lo que afecta directamente la capacidad del organismo para transportar oxígeno, repercutiendo tanto en la salud materna como en el desarrollo fetal. (22)

Las dos causas predominantes de anemia en la gestación y el puerperio son la carencia de hierro y la pérdida sanguínea aguda.

Durante el embarazo, la demanda de hierro incrementa y la insuficiencia de este mineral puede ocasionar agentes que provocan las complicaciones en la progenitora como en el feto.

2.3.3 Atención prenatal

Dentro del ámbito de los servicios de salud reproductiva, la atención prenatal se considera un pilar fundamental, ya que permite la implementación de acciones esenciales de cuidado, incluyendo la promoción de la salud materna, el cribado

y diagnóstico temprano de enfermedades, así como la prevención de complicaciones obstétricas y perinatales. (23)

Los propósitos del seguimiento prenatal comprenden: detección temprana, manejo y monitoreo del progreso de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes gestacional, sífilis, infecciones urinarias, infección por VIH, desnutrición, déficit de vitaminas y micronutrientes.

2.3.4 Complicaciones del embarazo

a) Placenta previa

Se presenta cuando la placenta se adhiere anormalmente a la pared inferior del útero, cerca del cuello uterino, dando lugar a un orificio denominado cérvix. Esta ubicación anómala puede provocar hemorragias internas significativas en la gestante, ya sea durante las etapas tempranas del embarazo o posteriormente al alumbramiento, generando riesgos importantes para la madre y el feto.

b) Desprendimiento prematuro de placenta

los casos de desprendimientos de placenta prematuramente son producida en tanto ésta se separa total o parcialmente de la pared del útero antes del nacimiento. Esta condición compromete el suministro de oxígeno y nutrientes al feto, aumentando el riesgo de sufrimiento fetal, y puede provocar una hemorragia materna intensa, constituyendo una emergencia obstétrica que requiere atención inmediata para proteger la vida de la madre y del neonato. (24)

c) Ruptura prematura de membranas

Esta situación se produce cuando el saco amniótico que protege al feto se rompe de manera prematura, lo que provoca la pérdida del líquido amniótico, elemento esencial para la supervivencia fetal. Como consecuencia, el feto puede sufrir una

deficiencia aguda de oxígeno y nutrientes, lo que puede derivar en la muerte del neonato incluso antes de transcurrida una hora después del alumbramiento.

2.3.5 Cantidad de líquido amniótico ILA

Se trata de una técnica semicuantitativa ampliamente utilizada para estimar el volumen del líquido amniótico que rodea al feto dentro de la bolsa uterina. Este procedimiento consiste en sumar las medidas de los mayores cuadrados de las cuatro subdivisiones del útero, distribuidas en distintas zonas del vientre materno. El Índice de Líquido Amniótico (ILA) normalmente oscila entre 5 -24 cm, lo que indica un volumen adecuado para la nutrición y protección del feto. Un ILA inferior a 5 cm o un volumen de líquido menor a 500 ml y bolsón vertical menor 2cm se considera oligohidramnios, un ILA mayor o igual 24-25 con un bolsón vertical mayor de 8 cm es considerado polihidramnios que puede implicar riesgos para el desarrollo fetal.

2.3.6 Muerte fetal intrauterina

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera muerte fetal a aquel evento que ocurre antes del retiro íntegro del feto, independientemente del tiempo de evolución del embarazo. Conforme a los parámetros gestacionales establecidos, se define a partir de la semana 22 de gestación, siempre que el peso del neonato supere los 500 gramos. Tanto la madre como el ser en desarrollo, a pesar de encontrarse en un proceso biológico natural, pueden enfrentarse a múltiples contingencias y riesgos obstétricos, que comprometen su integridad física y vital. Entre los desenlaces más críticos y temidos por los progenitores se encuentra el fallecimiento fetal, denominado también deceso fetal tardío, cuando sucede entre la semana 28 de gestación y el momento del

parto. Por otro lado, se reconoce como muerte fetal intrauterina al cese de signos vitales del feto a partir de la semana 20, o cuando este presenta un peso superior a los 500 gramos. Este tipo de evento, aunque frecuentemente poco observado, provoca un profundo impacto emocional tanto en los padres como en su entorno cercano, afectando aspectos psicológicos, sociales y familiares, y subraya la importancia de la vigilancia prenatal constante, así como de la prevención y manejo adecuado de los factores de riesgo maternos y fetales. (27)

Se calcula que un 10% de las muertes fetales globales se atribuyen a la obesidad, diabetes e hipertensión. Otros factores maternos, como la edad o el hábito de fumar, pueden incrementar el riesgo de patologías maternas o de nacimiento de un bebé fallecido. Alteraciones placentarias, tales como un flujo sanguíneo deficiente, son causas principales de muerte fetal intrauterina, especialmente tras las 24 semanas de gestación. También intervienen anomalías genéticas y congénitas, como el defecto del tubo neural (anencefalia), donde gran parte o la totalidad del cerebro y cráneo no se desarrollan. Diversos factores elevan el riesgo de óbito fetal, incluyendo consumo de alimentos con componentes nocivos que contienen nicotina y alcohol y una dieta desordenada. Por ello, es importante tomar con alto cuidado la alimentación de muchos nutrientes que se pasa en la etapa gestacional.

Causas maternas.

Las complicaciones maternas que pueden ocasionar una muerte fetal antes del parto incluyen:

Se identifican anomalías que afectan y deterioran la salud materna, entre las cuales destacan condiciones metabólicas y sistémicas como la diabetes mellitus,

que puede generar variaciones en la presión arterial y afectar la homeostasis del organismo debido a alteraciones en la respuesta inmune. Asimismo, se consideran factores de riesgo la gestación prolongada, definida como aquella la cual llega a extender hasta llegar a la edad gestacional de las 42 semanas de gestación, y las infecciones gestacionales, incluyendo listeriosis, rubéola y toxoplasmosis, que pueden comprometer tanto la salud de la madre como el desarrollo y la supervivencia del feto.

- Preeclampsia.
- Incompatibilidad Rh, cuando el factor Rh de la madre difiere del del feto.
- Desgarro uterino.
- Defunción materna.

Causas fetales.

Es factible que ciertas anomalías en el feto durante la gestación sean las causantes de su fallecimiento:

- Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU): el feto no se desarrolla a la velocidad apropiada y presenta un tamaño menor al esperado.
- Alteraciones genéticas y cromosómicas.
- Defectos congénitos.
- Cambios en el líquido amniótico: oligohidramnios y polihidramnios.
- Gestación múltiple: desequilibrio hemodinámico que favorece a un feto en detrimento del otro.
- Ruptura prematura de membranas.

Causas placentarias

Dentro de las etiologías vinculadas a la placenta, se destacan las siguientes:

- Alteraciones del cordón umbilical: lazos, nudos, torsiones y rupturas.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Placenta previa.
- Senescencia avanzada de la placenta.
- Vasa previa: vasos sanguíneos fetales expuestos fuera del cordón, con riesgo de desgarro y hemorragia fetal.

2.3.7 Tipo de muerte fetal

La muerte fetal precoz corresponde a la pérdida del feto a través de la semana veinte a la veintisiete de la etapa de gestación cuando ocurre el deceso del feto retardado cuando la pérdida se produce entre las semanas número 28 al 36 de la etapa gestacional. El deceso del feto en el culmino define como la pérdida del feto desde la semana 37 de gestación en adelante. (29)

Síntomas y diagnóstico

Identificar la muerte fetal no resulta una tarea sencilla. Sin embargo, es crucial que la gestante permanezca alerta ante cualquier indicio que sugiera una anomalía en la gestación.

- Los posibles signos de que el feto ha fallecido en el útero incluyen:
- Inexistencia de movimientos fetales.
- Secreciones de líquido amniótico de tonalidad marronácea.
- Ausencia de crecimiento uterino.
- Pérdida de la elasticidad y firmeza habitual de las partes fetales al tacto.
- Dolor abdominal severo.
- Hemorragia vaginal.

Ante la presencia de estos síntomas, es fundamental acudir con prontitud al especialista en ginecología para verificar la vitalidad fetal. Mediante ecografía abdominal, el ginecólogo podrá constatar la presencia del pulso del sistema cardiaco.

Por otro lado, la mortalidad del feto que no sobrevive al alumbramiento que ocurrió con anterioridad, se procederá a un examen minucioso de la constitución del feto y el saco de recubrimiento que se ubica en el útero que busca de causas probables. Se valorará los posibles daños en los hemisferios, en halo santo, así como la presencia de derrames pleurales y peritoneales, edema fetal, entre otros hallazgos.

2.4 Marco conceptual

Embarazo de alto riesgo. Se entiende por embarazo de alto riesgo aquel en el que concurren condiciones de origen materno, fetal o del entorno social que incrementan la probabilidad de eventos adversos durante el curso de la gestación, el proceso del parto o el periodo posparto, requiriendo vigilancia clínica y seguimiento especializado. (30)

Mortinato. El término mortinato hace referencia al feto que nace sin signos vitales luego de alcanzadas las 20 semanas de gestación o con un peso igual o superior a 500 gramos. Este evento se diferencia del aborto por el momento en que ocurre y constituye un desenlace perinatal desfavorable con repercusiones médicas, emocionales y sociales para la familia y el equipo de salud. (31)

Muerte fetal intrauterina. Los casos de mortalidad fetal intra útero corresponde a la interrupción de la vida del feto mientras permanece en el útero materno,

antes de producirse el nacimiento. Estos criterios son establecidos por la OMS, este evento dicho evento es considerado a partir de las 20 semanas de la etapa de embarazo o cuando el peso fetal supera los 500 gramos. (32)

Riesgo obstétrico. El riesgo obstétrico se define como la presencia de condiciones biológicas, clínicas o contextuales relacionadas con la madre, el feto o el embarazo, que aumentan la probabilidad de complicaciones durante la gestación, el parto o el posparto, con potencial impacto sobre la salud materna y perinatal. (33)

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la investigación

Se empleó un diseño no experimental, en el cual las variables no fueron manipuladas ni controladas, permitiendo que los datos se recopilaran de manera directa y se analizaran posteriormente. Según Frías y Pascual (2020) (34)

3.2 Tipo de investigación

Se llevó a cabo una investigación de tipo básica, con nivel relacional y diseño transversa. La investigación básica tiene como objetivo generar conocimiento nuevo sobre un hecho u objeto de estudio, mientras que el nivel relacional busca identificar las causas o relaciones existentes entre un conjunto de personas, fenómenos, indicadores u objetos en un momento determinado. El diseño transversal se justifica porque la información se recopiló en un único punto temporal. (Rodríguez, 2020). (35)

3.3 Método aplicado a la investigación

El estudio se desarrolló bajo el método hipotético-deductivo, el cual, en el ámbito científico, se fundamenta en la formulación de conjeturas derivadas de un problema de investigación, que posteriormente son sometidas a contrastación empírica. Este método permitió orientar el análisis de los fenómenos estudiados a partir de supuestos teóricos previamente establecidos.

Asimismo, se adoptó un enfoque cuantitativo, orientado a la contrastación de teorías existentes mediante la formulación de hipótesis susceptibles de verificación. Para tal fin, fue necesario trabajar con una muestra representativa del fenómeno de estudio, seleccionada mediante procedimientos que garantizan la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

3.4 Población y muestra: La población la representó los casos de muerte fetal intrauterina ocurridos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, en los años 2021, 2022 y 2023. Son 149 historias clínicas.

OBITOS FETALES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO (2019 AL 2024)

MESES	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ENERO	6	14	1	12	0	7
FEBRERO	5	14	2	5	6	6
MARZO	12	0	5	2	3	8
ABRIL	6	0	8	2	3	10
MAYO	18	0	2	6	0	3
JUNIO	7	0	2	7	3	3
JULIO	14	1	0	5	5	4
AGOSTO	8	2	4	5	6	5
SETIEMBRE	3	5	5	3	3	2
OCTUBRE	7	4	3	9	4	
NOVIEMBRE	0	5	7	10	4	
DICIEMBRE	0	0	0	3	4	
TOTAL:	86	45	39	69	41	48

Muestra

Se aplicó una muestra censal. Comprendió como parte del estudio al 100% de historias clínicas de muerte fetal intrauterina. 149 historias.

Criterios de inclusión.

Se incluyeron en el estudio las historias clínicas correspondientes a gestantes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina ocurrida a partir de la semana 20 de gestación, independientemente de la edad materna y la paridad.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron las historias clínicas que presentaron información incompleta o registros insuficientes para el análisis de las variables de estudio.

Ámbito y temporalidad

El ámbito de investigación

Hospital Carlos Monge Medrano, departamento de Puno, distrito de Juliaca, provincia San Román.

Temporalidad

Periodo año: 2021-2023.

3.5 Técnicas, instrumentos y fuentes de investigación para la recolección de datos

3.5.1 Técnicas

Consistió en la revisión sistemática y síntesis de la información registrada en las historias clínicas de gestantes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina, permitiendo la recopilación organizada de los datos necesarios para el análisis de las variables del estudio.

3.5.2 Instrumento

Variable 1. Ficha de recolección de datos.

Variable 2. Ficha de recolección de datos. Es una herramienta utilizada por los investigadores y le sirve para obtener información respecto a un problema a investigar.

3.5.3 Fuentes

Para ambas variables 1 y 2, la fuente es de tipo secundaria y la representa las historias clínicas.

3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos

Recolección de datos

Para la ejecución del proceso de recolección de datos, se gestionó la autorización correspondiente ante la dirección del hospital. Posteriormente, se elaboró un instrumento de recolección de datos previamente elaborado y validado. La información recolectada fue ordenada y procesada en una matriz de sistematización elaborada en una hoja de cálculo de Excel., la cual fue sometida a juicio de expertos para su validación y ajuste metodológico. La información obtenida fue organizada en una matriz de sistematización diseñada

en una hoja de cálculo de Excel, estructurada conforme a las variables previamente operacionalizadas. Finalmente, se procedió a la recopilación de los datos a partir de las historias clínicas seleccionadas.

Procesamiento de datos

Los datos recopilados fueron exportados desde la base de datos en Excel al software estadístico SPSS versión 24 (IBM). Este programa permitió el procesamiento estadístico de la información, así como la elaboración de tablas y gráficos para su presentación. Asimismo, se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado, con la finalidad de analizar la asociación entre las variables del estudio.

3.7 Contratación de la hipótesis

En este estudio, el contraste de hipótesis se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, lo que permitió evaluar la validez de las hipótesis planteadas. Las conjeturas relacionadas con los riesgos asociados a la muerte fetal se presentan bajo la modalidad de hipótesis estadísticas, y para cada tabla se indica la relación entre las variables analizadas. Corresponde al investigador determinar si existe una dependencia significativa entre las variables de cada tabla, interpretando los resultados según los valores obtenidos de Chi cuadrado y el nivel de significancia establecido.

Fórmula de Chi cuadrado

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

f_0 : Frecuencia del valor observado.

f_e : Frecuencia del valor esperado.

χ^2 = Chi cuadrado

Σ = Sumatoria

f_o = Frecuencias observadas

f_e = Frecuencias esperadas

GL= grados de libertad

NS= Niveles de significación

3.8 Validez y confiabilidad del instrumento

Validez

En el proceso de confección de la ficha de recolección de datos, se llevó el instrumento a **juicio de expertos** basado en la habilidad y la opinión de expertos en investigación, tres expertos con su conocimiento y experiencia en el área de investigación, además de su formación profesional de magísteres y doctores opinaron y contribuyeron a mejorar el instrumento para la recolección de datos.

Confiabilidad.

Para estimar la confiabilidad del instrumento, se aplicó como instrumento al estadístico Alfa de Cronbach, éste evaluó la consistencia interna del instrumento de recolección de datos.

Rangos del Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Consistencia Interna
$\alpha \geq 0,9$	Excelente
$0,8 \leq \alpha < 0,9$	Buena
$0,7 \leq \alpha < 0,8$	Aceptable
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Cuestionable
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Pobre
$\alpha < 0,5$	Inaceptable

El resultado de Alfa de Cronbach fue de 0.90. es decir, bueno.

CAPÍTULO IV

RESULTADO Y DISCUSION

4.1 Resultados y discusión

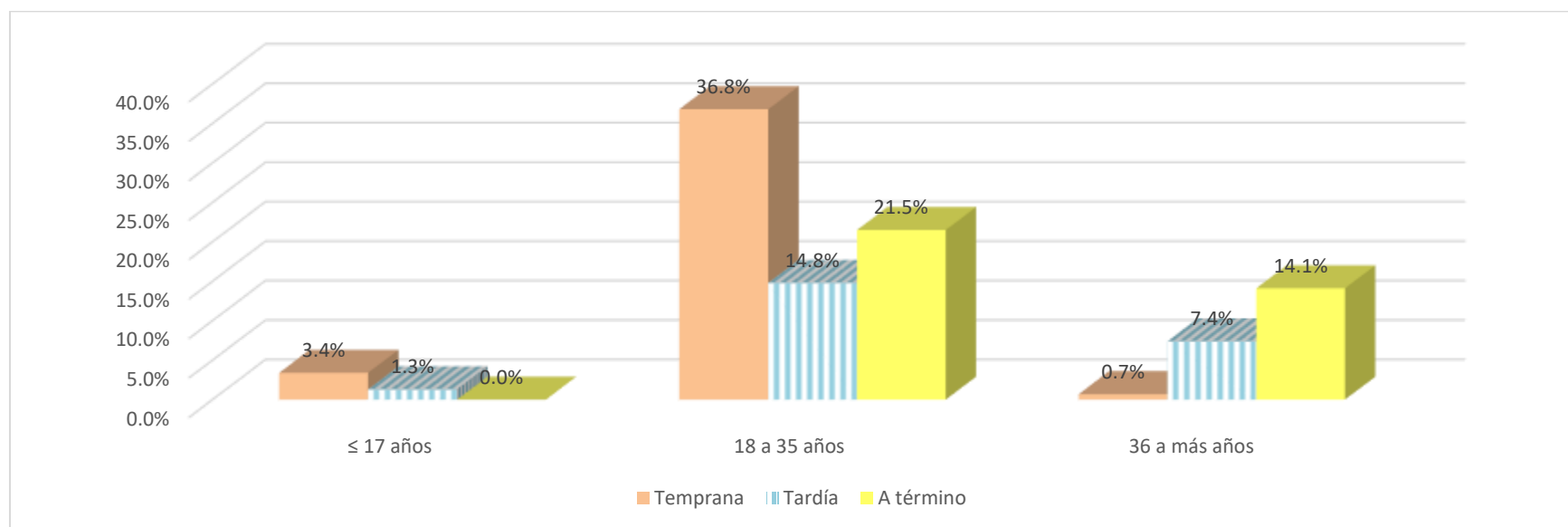
TABLA 1. EDAD Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023

EDAD	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
≤ 17 años	5	3.4	2	1.3	0	0.0	7	4.7
18 a 35 años	55	36.8	22	14.8	32	21.5	109	73.1
36 a más años	1	0.7	11	7.4	21	14.1	33	22.2
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 28.51 > χ^2 Tab= 18.465 gl 4 NS 0.001

FIGURA 1. EDAD Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023



FUENTE. Tabla 1

En la tabla y figura 1, en el total de gestantes estudiadas, el 4.7% tenía menos de 17 años, el 73.1% se encontraba entre los 18 a 35 años y el 22.2% eran mayores de 36 años. En el análisis por tipo de muerte fetal, se observó que la edad entre 18 y 35 años predominó en los tres grupos: temprana (36.8%), tardía (14.8%) y a término (21.5%).

Al contrastar las variables edad materna y tipo de muerte fetal intrauterina, se obtuvo un valor de chi cuadrado calculado de 28.51, el cual es mayor al valor tabulado de 18.465, con 4 gl. y un nivel de significancia de $p=0.001$. Los resultados muestran una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre la edad de la gestante y el tipo de muerte fetal intrauterina.

Estos hallazgos indican que, si bien esta franja de edad se considera óptima para la gestación, en esta población representa la mayor proporción de muertes fetales, lo que sugiere la influencia de otros factores obstétricos y la necesidad de vigilancia integral incluso en gestantes jóvenes.

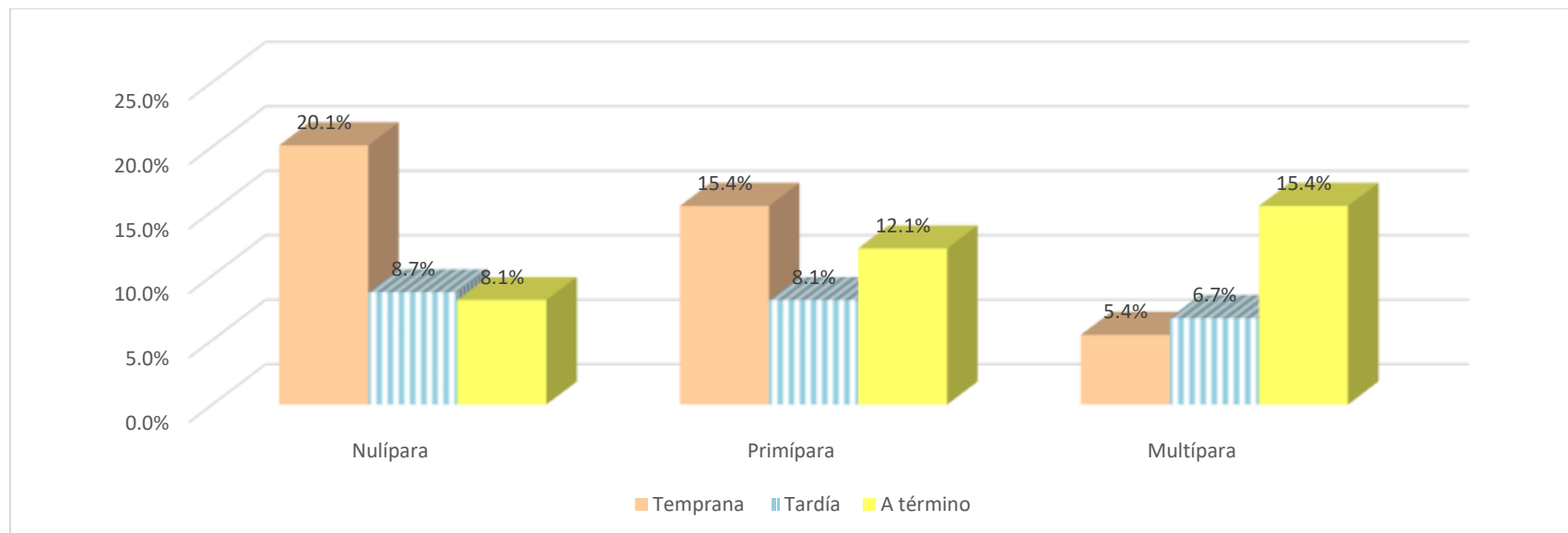
En estudios previos, como el de Guerra, Sarasa, Alfonso, Navas (6), se reportó que el 69% de los casos de muerte fetal intrauterina ocurrieron en mujeres con edad materna considerada ideal. Esta cifra es similar a lo encontrado en el presente estudio (73.1%), lo que refuerza la importancia de no subestimar el riesgo obstétrico en este grupo etario.

**TABLA 2. PARIDAD Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
2021-2023**

PARIDAD	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Nulípara	30	20.1	13	8.7	12	8.1	55	36.9
Primípara	23	15.4	12	8.1	18	12.1	53	35.6
Multípara	8	5.4	10	6.7	23	15.4	41	27.5
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 15.01 > χ^2 Tab= 13.277 gl 4 NS 0.01

FIGURA 2. PARIDAD Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO**2021-2023**

FUENTE. Tabla 2

En la tabla y figura 2, se observó que la mayor proporción de óbitos ocurrió en gestantes nulíparas (36.9%), seguidas por primíparas (35.6%) y multíparas (27.5%). Al desagregar por tipo de muerte fetal, se identificó que los casos de muerte fetal temprana (20.1%) y tardía (8.7%) fueron más frecuentes en nulíparas, mientras que las muertes fetales a término se distribuyeron de forma más homogénea entre los grupos. Al contrastar las variables paridad y tipo de muerte fetal intrauterina, mediante la prueba de chi cuadrado, se obtuvo un valor calculado de 15.01, superior al valor tabulado de 13.277, con 4 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la paridad y el tipo de muerte fetal intrauterina.

Estos hallazgos difieren parcialmente de lo reportado por Pantigoso, Oscátegui, Chafloque y Barja (2), quienes identificaron una mayor frecuencia de muertes fetales en mujeres multíparas (50.4%). En contraste, en el presente estudio se encontró una menor incidencia en multíparas (27.5%), lo cual sugiere que la nuliparidad puede representar un factor de riesgo importante en esta población específica.

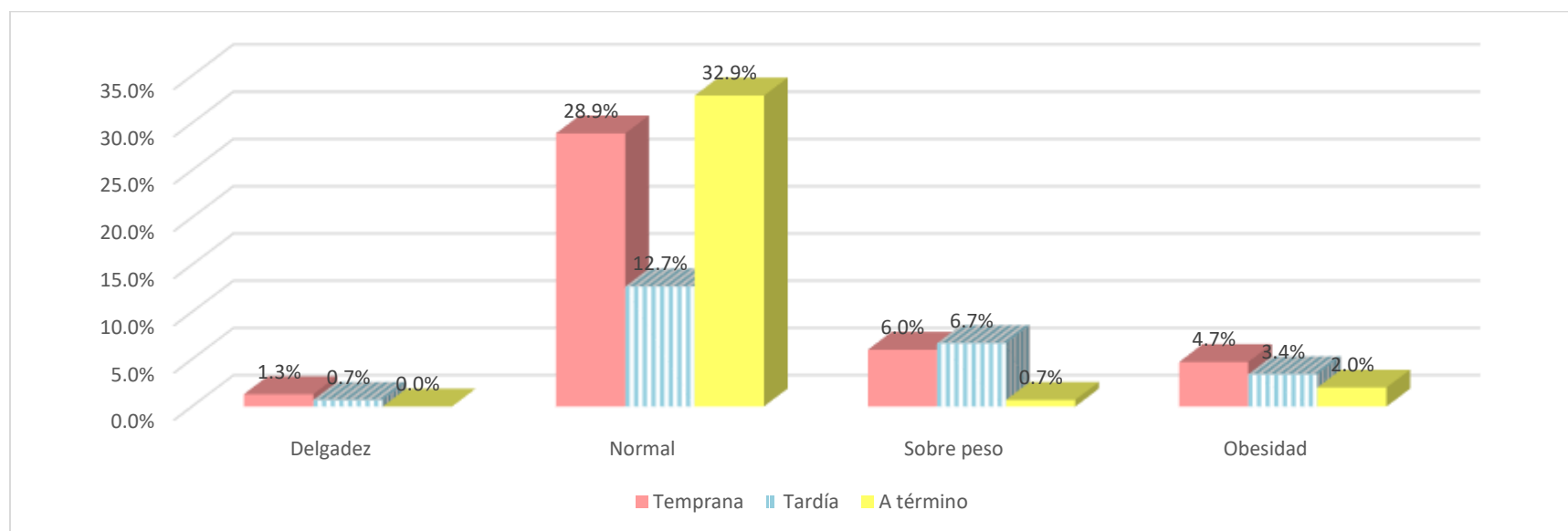
TABLA 3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Delgadez	2	1.3	1	0.7	0	0.0	3	2.0
Normal	43	28.9	19	12.7	49	32.9	111	74.5
Sobre peso	9	6.0	10	6.7	1	0.7	20	13.4
Obesidad	7	4.7	5	3.4	3	2.0	15	10.1
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 *Cal*= 19.10 > χ^2 *Tab*= 16.812 gl 6 NS 0.01

FIGURA 3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023



FUENTE. Tabla 3

En la tabla y figura 3, se observó que el 74.5% de las gestantes con óbito fetal presentaban un IMC normal, mientras que el 13.4% tenía sobrepeso, el 10.1% obesidad y el 2.0% delgadez. Al desagregar por tipo de muerte fetal, se evidenció que el IMC normal fue el más frecuente en los tres tipos: temprana (28.9%), tardía (12.7%) y a término (32.9%). Sin embargo, los casos de sobrepeso y obesidad sumaron un 23.5%, lo que representa un porcentaje clínicamente relevante de exceso de peso entre las gestantes con muerte fetal. Al contrastar la variable índice de masa corporal materno y tipo de muerte fetal intrauterina, se obtuvo un valor de chi cuadrado calculado de 19.10, el cual es mayor al valor tabulado de 16.812, con 6 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.01$. Los resultados muestran una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre el IMC materno y el tipo de muerte fetal intrauterina.

Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos por Soto (10), quien reportó sobrepeso materno como factor de riesgo en el 27% de los casos de muerte fetal intrauterina, lo que reafirma la necesidad de controlar el estado nutricional materno desde la etapa preconcepcional y durante el embarazo.

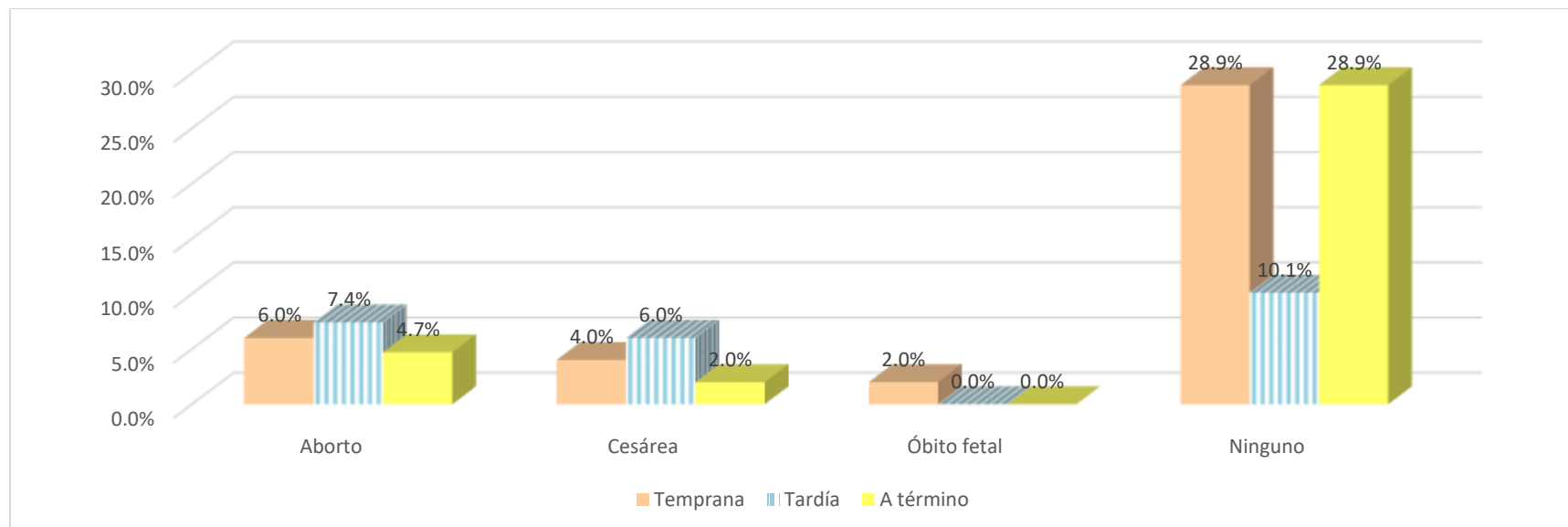
TABLA 4. ANTECEDENTES ADVERSOS Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023

ANTECEDENTES ADVERSOS	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Aborto	9	6.0	11	7.4	7	4.7	27	18.1
Cesárea	6	4.0	9	6.0	3	2.0	18	12.0
Óbito fetal	3	2.0	0	0.0	0	0.0	3	2.0
Ninguno	43	28.9	15	10.1	43	28.9	101	67.9
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 20.95 > χ^2 Tab= 16.812 gl 6 NS 0.01

FIGURA 4. ANTECEDENTES ADVEROS Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023



FUENTE. Tabla 4

En la tabla y figura 4, se observó que el 67.0% de las gestantes no presentaban antecedentes obstétricos adversos, mientras que el 18.1% tenía antecedentes de aborto, el 12.0% antecedentes de cesáreas previas y el 2.0% antecedentes de óbito fetal. Al desagregar los datos por tipo de muerte fetal, se identificó que la ausencia de antecedentes adversos fue predominante en todos los grupos: temprana (28.9%), tardía (10.1%) y a término (28.9%). al contrastar las variables antecedentes obstétricos adversos y tipo de muerte fetal intrauterina, se obtuvo un valor de chi cuadrado calculado de 20.95, superior al valor tabulado de 16.812, con 6 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.01$.

Los resultados muestran una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre las variables consideradas en la tabla.

Estos hallazgos sugieren que, aunque una parte importante de las gestantes no presentaban antecedentes negativos, cuando estos están presentes, sí existe una asociación significativa con el tipo de muerte fetal, especialmente en casos de aborto y cesáreas previas, lo que reafirma la importancia de una historia obstétrica completa desde el primer control prenatal.

Soto. (10). Concluyó que mujeres que presentaron malos antecedentes obstétricos y muerte fetal intrauterina en el 29% de los casos fueron mortinatos. En esta investigación la frecuencia de mortinatos solo fue de 2%, cifra menor a la indicada por el autor citado.

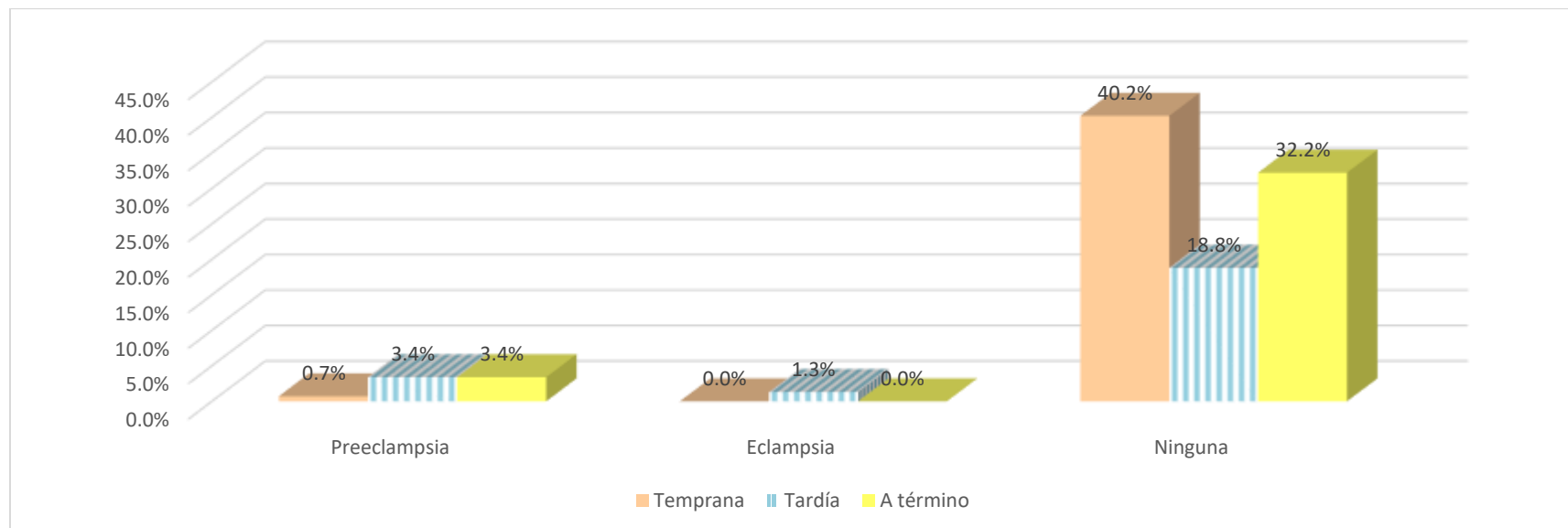
TABLA 5. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Preeclampsia	1	0.7	5	3.4	5	3.4	11	7.5
Eclampsia	0	0.0	2	1.3	0	0.0	2	1.3
Ninguna	60	40.2	28	18.8	48	32.2	136	91.2
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 *Cal*= 12.63 > χ^2 *Tab*= 11.341 gl 4 NS 0.01

FIGURA 5. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023



FUENTE. Tabla 5

En la tabla y figura 5, en cuanto a la distribución de casos, se identificó que el 7.5% de las gestantes con óbito fetal presentaron preeclampsia, el 1.3% eclampsia y el 91.2% no presentó enfermedades hipertensivas. Al desagregar por tipo de muerte fetal, la preeclampsia estuvo presente en el 0.7% de muertes fetales tempranas, el 3.4% de muertes tardías y el 3.4% de muertes a término. Al contrastar las variables enfermedades hipertensivas del embarazo y tipo de muerte fetal intrauterina, se obtuvo un valor de chi cuadrado calculado de 12.63, el cual es mayor al valor tabulado de 11.341, con 4 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.01$. Los resultados muestran una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre la presencia de enfermedades hipertensivas durante el embarazo y el tipo de muerte fetal intrauterina. Estos resultados demuestran que la preeclampsia, aunque no fue el diagnóstico más frecuente, sí muestra una asociación significativa con la muerte fetal, sobre todo en los casos que ocurrieron en etapas más avanzadas del embarazo. En relación con lo reportado por Cerrón, Hidalgo (12), quienes identificaron preeclampsia en el 10.8% de los casos de muerte fetal intrauterina, los hallazgos del presente estudio muestran una frecuencia ligeramente menor (7.5%), lo que puede atribuirse a características específicas de la población estudiada o a diferencias en el acceso y oportunidad del control prenatal.

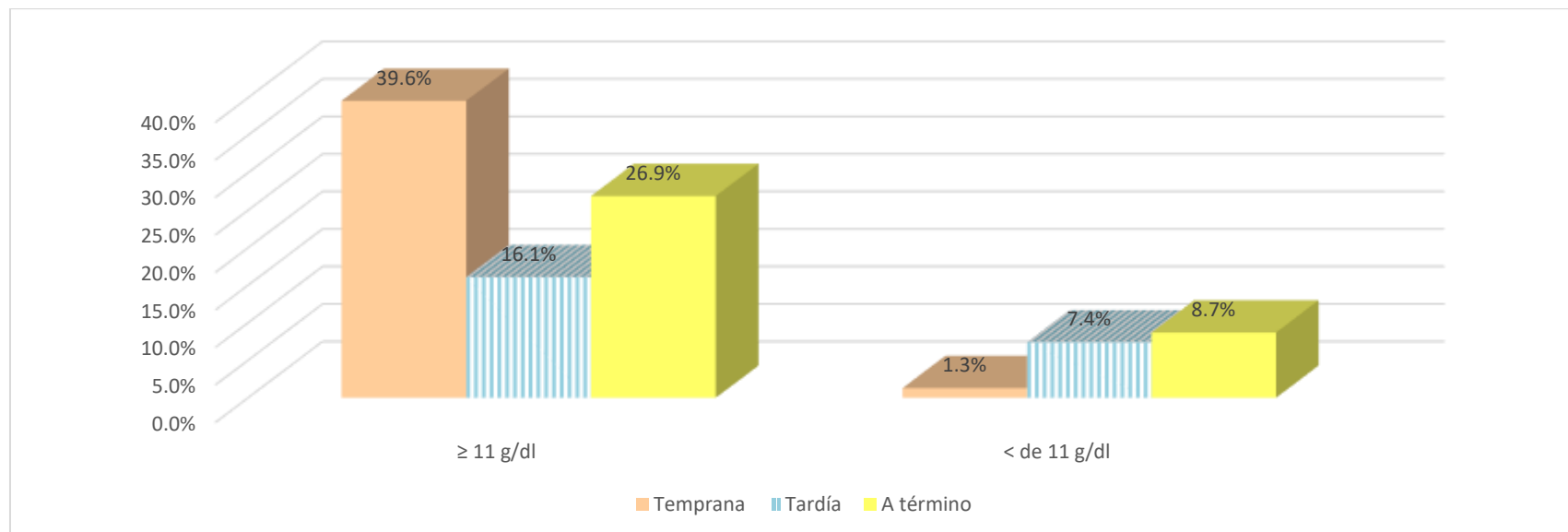
TABLA 6. NIVELES DE HEMOGLOBINA Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023

NIVELES DE HEMOGLOBINA	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
≥ 11 g/dl	59	39.6	24	16.1	40	26.9	123	82.6
< de 11 g/dl	2	1.3	11	7.4	13	8.7	26	17.4
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

$\chi^2_{Cal} = 15.10 > \chi^2_{Tab} = 13.815$ gl 2 NS 0.001

FIGURA 6. NIVELES DE HEMOGLOBINA Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023



FUENTE. Tabla 6

En la tabla y figura 6, en cuanto a la distribución general, se observó que el 82.6% de las gestantes con óbito fetal presentaban niveles adecuados de hemoglobina (≥ 11 g/dl), mientras que el 17.4% presentaba anemia ($Hb < 11$ g/dl). Al desagregar por tipo de muerte fetal, se evidenció que la frecuencia de anemia fue más alta a medida que avanzaba la gestación: 1.3% en muertes tempranas, 7.4% en muertes tardías y 8.7% en muertes a término.

Al contrastar las variables nivel de hemoglobina materna y tipo de muerte fetal intrauterina, se obtuvo un valor de chi cuadrado calculado de 15.10, el cual es mayor al valor tabulado de 13.815, con 2 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.001$. Los resultados muestran una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre el nivel de hemoglobina y el tipo de muerte fetal intrauterina.

Estos hallazgos sugieren que, si bien la mayoría de gestantes no presentó anemia, su presencia se incrementó conforme avanzó la edad gestacional y se asoció con muertes fetales ocurridas en etapas más avanzadas, lo cual resalta la importancia de detectar y tratar oportunamente esta condición durante el embarazo.

Comparando estos resultados con lo reportado por Asqui (3), quien identificó anemia en el 42.1% de las gestantes con complicaciones del embarazo, en el presente estudio se encontró una frecuencia menor (17.4%) en mujeres con muerte fetal intrauterina.

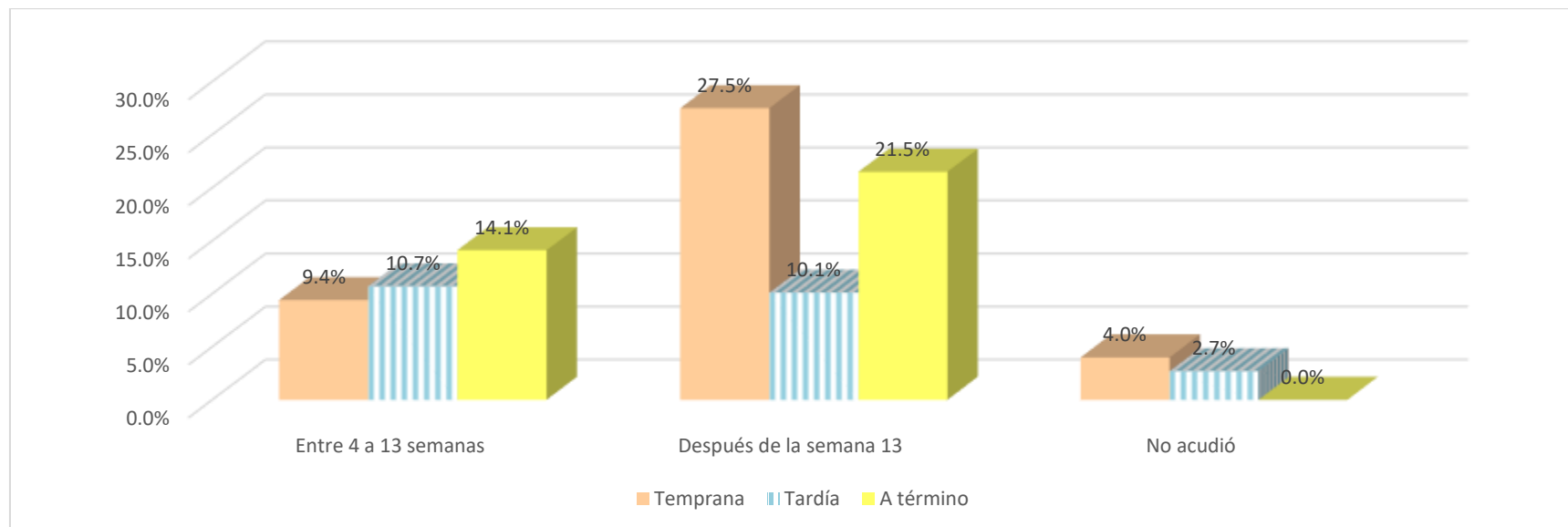
**TABLA 7. PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023**

PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Entre 4 a 13 semanas	14	9.4	16	10.7	21	14.1	51	34.2
Después de la semana 13	41	27.5	15	10.1	32	21.5	88	59.1
No acudió	6	4.0	4	2.7	0	0.0	10	6.7
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_{Cal} = 11.93 > \chi^2_{Tab} = 11.668 \quad gl \ 4 \quad NS \ 0.02$$

FIGURA 7. PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023



FUENTE. Tabla 7

En la tabla y figura 7, del total de gestantes estudiadas, el 34.2% acudió precozmente a su primera atención prenatal (entre las 4 y 13 semanas), el 59.1% lo hizo después de las 13 semanas y el 6.7% no recibió atención prenatal. Al desagregar los datos por tipo de muerte fetal, se evidenció que en los casos de muerte fetal temprana y a término, predominó el inicio de controles prenatales tardío (27.5% y 21.5%, respectivamente), mientras que, en el grupo con muerte fetal tardía, el 10.7% recibió atención prenatal precoz.

Al contrastar las variables edad gestacional en la que se realizó la primera atención prenatal y tipo de muerte fetal intrauterina, se obtuvo un valor de chi cuadrado calculado de 11.93, el cual es mayor al valor tabulado de 11.668, con 4 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.02$. Los resultados muestran una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre el momento de la primera atención prenatal y el tipo de muerte fetal intrauterina. Estos hallazgos indican que la atención prenatal tardía o su ausencia están asociadas de manera moderada con la muerte fetal intrauterina, lo que reafirma la importancia de iniciar el control prenatal de manera oportuna para reducir el riesgo de desenlaces perinatales adversos.

En el estudio de Bautista (8), se identificó que el 66.67% de los casos de muerte fetal intrauterina estuvieron relacionados con pobre atención prenatal, lo que coincide con los hallazgos del presente estudio, donde el 67.6% de las gestantes iniciaron controles prenatales de manera tardía o no los realizaron.

TABLA 8. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL

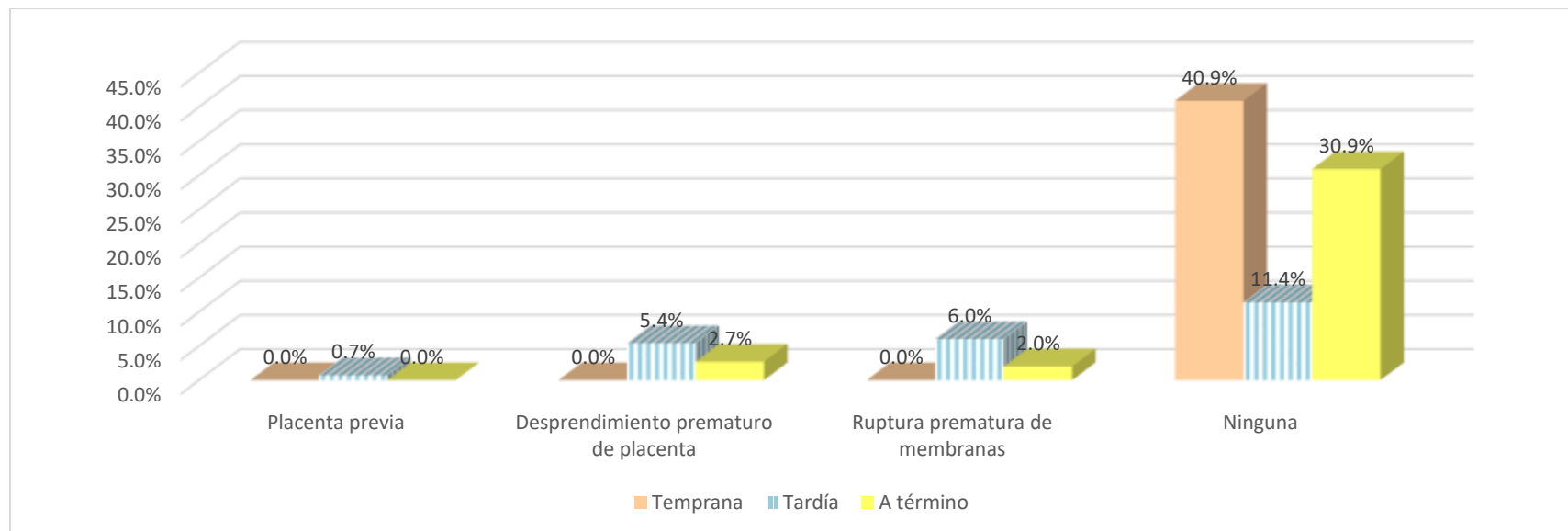
CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Placenta previa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	1	0.7
Desprendimiento prematuro de placenta	0	0.0	8	5.4	4	2.7	12	8.1
Ruptura prematura de membranas	0	0.0	9	6.0	3	2.0	12	8.0
Ninguna	61	40.9	17	11.4	46	30.9	124	83.2
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 43.75 > χ^2 Tab= 22.457 gl 6 NS 0.001

FIGURA 8. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023



FUENTE. Tabla 8

En la tabla y figura 8, las complicaciones se presentaron de la siguiente manera: placenta previa en el 0.7%, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) en el 8.1%, ruptura prematura de membranas (RPM) en el 8.0%, y en el 83.2% de los casos no se identificaron complicaciones.

Según el análisis bivariado, se evidenció que: En los casos de muerte fetal temprana, no se presentaron complicaciones del embarazo. En las muertes fetales tardías, se registró con mayor frecuencia la ruptura prematura de membranas (6.0%). En las muertes fetales a término, la complicación más frecuente fue el desprendimiento prematuro de placenta (2.7%). Al contrastar las variables complicaciones del embarazo y tipo de muerte fetal intrauterina, se obtuvo un valor de chi cuadrado calculado de 43.75, superior al valor tabulado de 22.457, con 6 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.001$. Los resultados muestran una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre la presencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo y el tipo de muerte fetal intrauterina. Estos hallazgos muestran que, aunque la mayoría de gestantes no presentó complicaciones, la aparición de DPPNI y RPM sí se asoció significativamente con las muertes fetales tardías y a término, respectivamente. Esto refuerza la importancia de la vigilancia estrecha ante signos de ruptura de membranas o sangrado en el tercer trimestre, y de actuar oportunamente para prevenir desenlaces perinatales fatales.

En consonancia, Cerrón, Hidalgo (12) reportaron que patologías como RPM (5.7%), preeclampsia (10.8%) y DPP (9.4%) tienen una asociación estadísticamente significativa con la muerte fetal intrauterina, resultados que coinciden con los hallazgos del presente estudio.

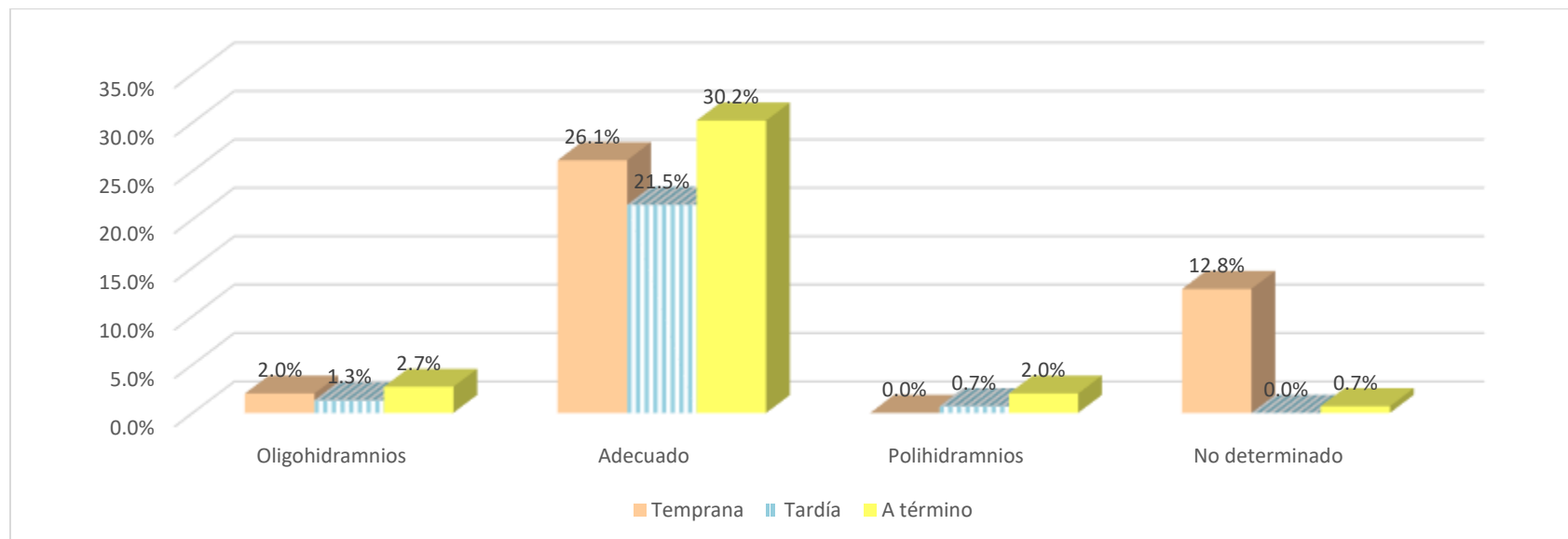
**TABLA 9. CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023**

CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO	TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA						TOTAL	
	Temprana		Tardía		A término		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Oligohidramnios $\leq 5\text{cm}$	3	2.0	2	1.3	4	2.7	9	6.0
Adecuado	39	26.1	32	21.5	45	30.2	116	77.8
Polihidramnios $\geq 24\text{cm}$	0	0.0	1	0.7	3	2.0	4	2.7
No determinado	19	12.8	0	0.0	1	0.7	20	13.5
TOTAL	61	40.9	35	23.5	53	35.6	149	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 *Cal*= 30.64 > χ^2 *Tab*= 22.457 gl 6 NS 0.001

FIGURA 9. CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO Y TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023



FUENTE. Tabla 9

En la tabla y figura 9, en el total de casos estudiados, el 6.0% de las gestantes presentaron oligohidramnios, el 77.8% mostró una cantidad adecuada de líquido, el 2.7% presentó polihidramnios, y en el 13.5% de los expedientes dicho dato no fue determinado. Al desagregar por tipo de muerte fetal, predominó la cantidad adecuada de líquido amniótico en los tres grupos: temprana (26.1%), tardía (21.5%) y a término (30.2%).

Al contrastar las variables cantidad de líquido amniótico y tipo de muerte fetal intrauterina, se obtuvo un valor de chi cuadrado calculado de 30.64, superior al valor tabulado de 22.457, con 6 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < 0.001$.

Los resultados muestran una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre la cantidad de líquido amniótico y el tipo de muerte fetal intrauterina.

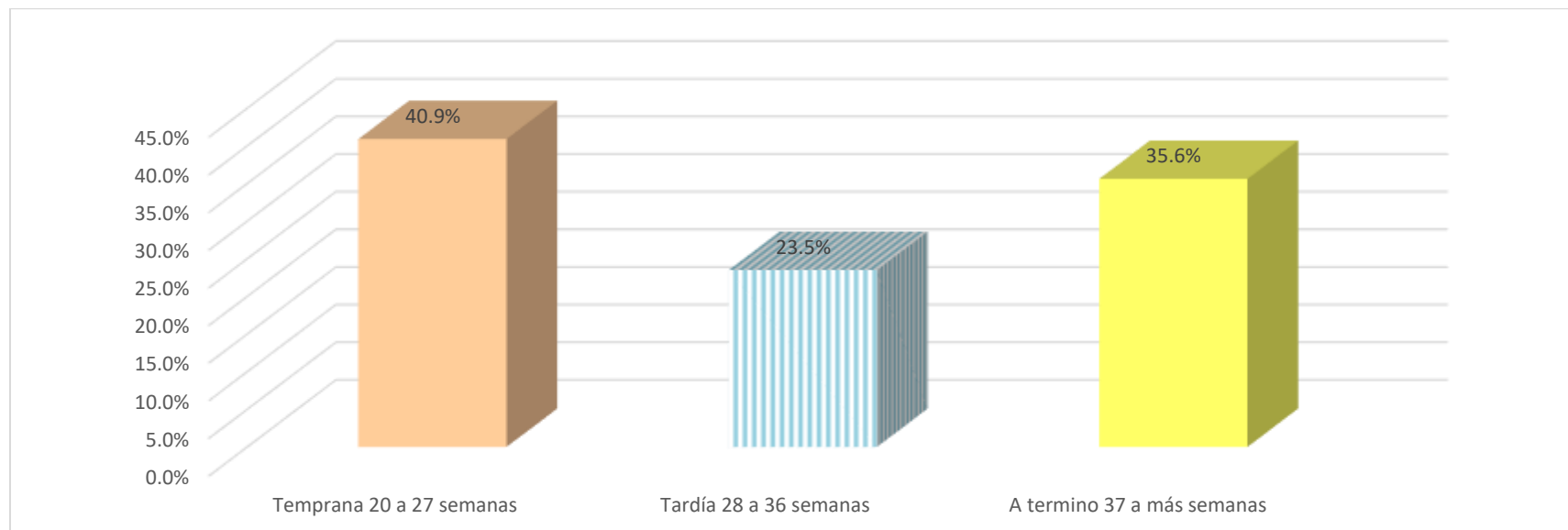
Estos hallazgos ponen de manifiesto que, aunque la mayoría de las gestantes no presentaba alteraciones en el volumen de líquido amniótico, la presencia de oligohidramnios y polihidramnios está asociada de manera significativa con los diferentes tipos de muerte fetal intrauterina, lo cual resalta la importancia de monitorear el índice de líquido amniótico durante todo el embarazo.

En el estudio de Cid (5), se reportó una frecuencia de 11.4% de oligohidramnios y 7.9% de polihidramnios en casos de muerte fetal tardía, cifras superiores a las encontradas en esta investigación. Esta diferencia podría deberse a variaciones en la metodología de medición o en las características de la población estudiada.

TABLA 10. TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023

TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA	TOTAL	
	fi	%
Temprana 20 a 27 semanas	61	40.9%
Tardía 28 a 36 semanas	35	23.5%
A termino 37 a más semanas	53	35.6%
TOTAL	149	100.0%

FUENTE. Ficha de recolección de datos

FIGURA 10. TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2021-2023

FUENTE. Tabla 10

En la tabla y figura 10, en el presente estudio, se identificaron tres tipos de muerte fetal intrauterina en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el periodo 2021-2023. Se encontró que el 40.9% de los casos correspondieron a muerte fetal temprana (entre las 20 y 27 semanas), el 23.5% a muerte fetal tardía (entre las 28 y 36 semanas), y el 35.6% a muerte fetal a término (desde las 37 semanas en adelante).

Estos datos muestran que el tipo de muerte fetal intrauterina que predominó fue el temprano, es decir, aquel que ocurre durante el segundo trimestre del embarazo. Este hallazgo resalta la importancia de la vigilancia materno-fetal desde etapas tempranas de la gestación.

Al comparar con el estudio de Pérez (11), se reportó que el 87% de los casos correspondieron a muertes fetales tardías y el 13% a muertes intermedias (entre 22 y 27 semanas), lo cual difiere de lo encontrado en el presente estudio, donde el mayor porcentaje fue de muertes tempranas y a término.

Estas diferencias pueden estar relacionadas con factores sociodemográficos, acceso a los servicios de salud, o criterios de clasificación utilizados, por lo cual se recomienda mayor investigación sobre este patrón para mejorar las estrategias de prevención.

Conclusiones

Primera.

Se determinó que los factores de riesgo obstétrico, tanto preconceptionales como propios de la gestación, presentan una relación estadísticamente significativa con la muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, durante el periodo 2021 - 2023. Estos hallazgos confirman la hipótesis planteada y resaltan la importancia de identificar tempranamente dichos riesgos para prevenir desenlaces perinatales adversos.

Segunda.

Se identificó que los principales riesgos obstétrico pregestacional asociados a muerte fetal intrauterina fueron: edad materna mayor de 35 años en 22.2% ($p < 0.001$), la nuliparidad en 36.9% ($p < 0.01$), el sobre peso materno y la obesidad en el 23.5% ($p < 0.01$), así como los antecedentes obstétricos adversos en el 32.1% ($p < 0.01$), si están relacionados con muerte fetal intrauterina. Estos factores, presentes antes del embarazo, demuestran la necesidad de fortalecer la evaluación preconcepcional como parte de la atención integral a la mujer.

Tercera.

Se especificó que los factores de riesgo propios de la gestación actual significativamente relacionados con muerte fetal intrauterino fueron: la

preeclampsia en el 7.5% ($p<0.01$), la anemia en el 17.4% ($p<0.001$), la atención prenatal tardía en el 59.1% ($p<0.02$), el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en el 8.1% ($p<0.001$) y el oligohidramnios en el 6.0% de casos ($p<0.001$), si están relacionados con muerte fetal intrauterina. Estos resultados subrayan la importancia del control prenatal oportuno, constante y especificado

Cuarta.

Se indicó que el tipo más frecuente de muerte fetal intrauterina fue la temprana, con una incidencia del 40.9%, seguida por la muerte fetal a término 35.6% y la tardía 23.5%. Esta distribución sugiere que el segundo y tercer trimestre del embarazo representan periodos críticos, lo que exige una vigilancia materno-fetal más estricta durante estas etapas.

Recomendaciones

Primera.

Al director del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca y al jefe del departamento de gineco-obstetricia y jefa del servicio de obstetricia de dicho hospital, realizar acciones para mejorar el sistema de salud dirigido a la gestante y su hijo no nacido, crear comités de revisión para examinar las causas de muerte fetal intrauterina, que es fundamental para contribuir a disminuir la frecuencia de muertes fetales intrauterinas.

Segunda.

A los obstetras del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca; Se recomienda consolidar un modelo integral de evaluación preconcepcional basado en la estratificación de riesgos pregestacionales, incorporando protocolos estandarizados que permitan identificar tempranamente a mujeres mayores de 35 años, nulíparas, con sobrepeso u obesidad y con antecedentes obstétricos adversos. También fortalecimiento de las competencias del personal de salud mediante capacitación continua para la detección oportuna de riesgos pregestacionales.

Tercera.

Al equipo de salud del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, Se propone fortalecer un control prenatal integral y oportuno, enfocado en detectar y manejar a tiempo los principales riesgos de la gestación actual asociados a muerte fetal

intrauterina, como la preeclampsia, anemia, atención prenatal tardía, desprendimiento prematuro de placenta y oligohidramnios. Para ello, se deben implementar protocolos estandarizados, captar a las gestantes desde etapas tempranas, mejorar la vigilancia materno-fetal y capacitar al personal de salud. Estas acciones permitirán reducir complicaciones y prevenir la muerte fetal intrauterina.

Cuarta.

A los obstetras responsables Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca
Se recomienda fortalecer la vigilancia materno-fetal en el segundo y tercer trimestre, ya que son los periodos donde ocurre la mayor parte de las muertes fetales. Esto implica controles prenatales más frecuentes, monitoreo clínico y ecográfico intensivo, protocolos de seguimiento según riesgo y capacitación del personal para detectar complicaciones a tiempo.

Referencias bibliográficas

1. Campos N. Factores de riesgo de muerte fetal tardía en embarazadas atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello. 2021.
2. Pantigoso D. F., Oscátegui M. E., Chafloque, J. J., Barja J. Características de los casos de óbito fetal en un hospital público de Perú: estudio descriptivo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 84(1), 42-48. 2024.
3. Asqui M. Efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno perinatales en gestantes del hospital III Essalud – Juliaca, 2023.
4. Barreto A., Pasto. D. (Factores de riesgo asociados a muerte fetal. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador 2022.
5. Cid R. Asociación entre la pandemia por covid 19 y los factores de riesgo asociados a muerte fetal tardía en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes. 2023.
6. Guerra G, Sarasa E, Alfonso B, Navas M. Factores de riesgo maternos asociados con la muerte fetal tardía en el contexto santaclareño. Medicentro Electrónica. Cuba 2023.
7. Larrea A. Estudio clínico-patológico de las principales causas de muerte perinatal. Universidad de Zaragoza, MED, 2021.

8. Bautista, D. S. E. Factores de riesgo y prevalencia de la muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Universitario Erasmo Meoz. Colombia 2022.
9. Matos C. C. Factores de riesgo para muerte fetal intrauterina. 2021.
10. Soto B. K. Factores maternos relacionados con la muerte fetal intrauterina en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Santa Rosa II Piura. 2023.
11. Pérez M. Factores relacionados a muerte fetal de usuarias atendidas en el hospital Tingo María, Huánuco. 2023.
12. Cerron K., Hidalgo Y. E. Factores de riesgo relacionados con la muerte fetal en gestantes atendidas en un Hospital Público–Huancayo. 2021.
13. Carpio, A., Juño, C. y Medina, N. Factores asociados al tipo de término del embarazo en gestantes de la Micro Red Metropolitano – Puno. 2023
14. Vega Acosta, B. A. (Gestante con diagnóstico de óbito fetal. 2023.
15. Passara F. S. Factores de riesgo asociados a muerte fetal en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de pandemia del covid 19 del 2020 al 2022.
16. Condori M. Y. Factores de riesgo asociados a muerte fetal en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de pandemia del COVID 19. 2024.
17. Brenes A., Yáñez, I., Meneses J., Poblano O., Vértiz J. D. J., Saturno-Hernández, P. J. Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. salud pública de méxico, 62(6), 798-809. 2020.











18. Dueñas W. J., Muñoz M. R., PARRALES I. G. Factores desencadenantes de embarazo precoz en adolescentes de Latino América MQR Investigar, 7(1), 390-410.2023.
19. Mejillón Y. N. Complicaciones materno-perinatales asociadas a las infecciones del tracto urinario en el hospital básico Dr. Rafael Serrano López, La Libertad, 2022 (Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2023.).
20. San Gil C. I., Ortega Y., Lora J., Torres J. Estado nutricional de las gestantes a la captación del embarazo. Revista Cubana de Medicina General Integral, 37(2). 2021.
21. Petrella, M. C. Estrés Psicosocial asociado al desarrollo de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Factores de Riesgo Biológico y Psicosocial como predictores de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. 2020.
22. Murillo A., Baque G. H., Chancay C. J. Prevalencia de anemia en el embarazo tipos y consecuencias. Dominio de las Ciencias, 7(3), 549-562. 2021.
23. Enríquez Y. Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. Revista Panamericana De Salud Pública, 46, e47. 2023.
24. López, R. E., Villanueva, R. C. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Revista Conamed, 27(S1), s27-31. 2022.
25. Solano, S. C., Guao, M. T., Tirado, A. P., Saavedra, M. P., Pérez, A. D. (Modelo multifactorial para la predicción del índice de líquido amniótico y su correlación con complicaciones maternas y fetales en mujeres embarazadas en Colombia. Gaceta Médica de Caracas, 132(S1). 2024.











26. Quintela, V., Lacerda, Y., Citrín, E., Coppola, F. Evaluación de la muerte fetal en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre junio de 2016 y junio de 2018. *Arch Ginecol Obstet*, 58(1), 33-45. 2020.
27. Figueroa C. Maternidad y atención a las mujeres con muerte fetal en Hermosillo, Sonora. 2022.
28. Silva, G., Yessenia, M. Conducta obstétrica en embarazada de 35 semanas de gestación con un óbito fetal. 2022.
29. Serna, N., Lobo, C., Mora, V. S. Posición al dormir de la gestante y su asociación con óbito fetal. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(4), ág-126.2020.
30. Gamarra P. M., Pante G. G. Embarazo en la adolescencia y los indicadores de salud materna y perinatal. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(2). 2022.
31. Fajardo, C. J. S. ¿Mortinato o muerte del neonato? Relevancia de los antecedentes al realizar un peritaje médico forense. *Revista Científica Diálogo Forense*, 1(3). 2021.
32. Clavijo, J. A. G., Giraldo, J. F. L., Buitrago, D. M. M., Carrillo, M. H., Cubides, A. M., Peláez, G. P., Holguín J. Caracterización de la muerte fetal en Cali-Colombia. *Revista Colombiana Salud Libre*, 16(1), e217463-e217463. 2021.
33. Carpio M. V., Troya L. A. Multiparidad como factor de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes atendidas en el Hospital Provincial Martín Icaza, Babahoyo. 2024.











34. Frías D., Pascual, M. Diseño de la investigación, análisis y redacción de los resultados. Valencia: Universidad de Valencia. doi: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KNGTP>. 2020.
35. Rodríguez, D. Investigación básica. Obtenido de Investigación básica: <https://www.lifeder.com/investigación-básica>. 2020.











ANEXOS











ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS











	 EDAD	 PARIDAD	 IMC	 ANTECEDENTES	 EHE	 NIVELES	 APN	 COMPLICACIONES	 ILA	 TIPO
1	3	2	4	4	3	1	2	4	1	2
2	2	3	3	2	3	1	1	4	2	3
3	3	3	2	4	3	2	2	2	3	2
4	2	2	2	1	1	1	2	4	2	3
5	2	3	2	3	3	1	3	4	1	1
6	3	2	4	2	3	1	2	4	2	3
7	3	2	2	1	3	1	1	3	2	3
8	2	2	2	4	3	1	1	4	2	3
9	2	1	2	4	3	1	2	4	2	2
10	2	3	2	4	3	2	2	4	2	1
11	2	1	3	4	3	1	2	4	2	3
12	3	2	2	1	3	1	2	4	2	2
13	2	3	2	4	3	1	2	4	2	3
14	2	2	1	2	3	1	1	4	2	1
15	2	1	2	4	3	1	2	4	2	3
16	2	2	2	4	3	1	2	4	4	1
17	3	1	2	4	3	1	1	4	2	3
18	2	2	2	1	1	2	2	4	2	3
19	2	3	2	4	3	2	2	4	2	3
20	2	2	2	2	3	1	1	4	2	1
21	2	2	2	4	3	1	1	4	4	3
22	3	2	2	4	3	1	2	4	2	1











	 EDAD	 PARIDAD	 IMC	 ANTECEDENTES	 EHE	 NIVELES	 APN	 COMPLICACIONES	 ILA	 TIPO
23	3	2	2	1	3	1	1	4	2	3
24	2	3	3	4	3	1	1	4	2	3
25	2	2	2	4	3	1	1	4	2	2
26	2	2	2	2	3	2	2	4	4	1
27	2	2	2	4	3	1	2	3	2	2
28	3	3	2	1	1	1	3	4	2	3
29	1	3	2	4	3	1	1	4	1	3
30	2	3	2	4	3	1	2	3	2	1
31	2	1	2	4	3	1	1	4	2	2
32	2	1	2	4	3	1	1	4	4	1
33	3	2	4	1	3	1	2	4	2	3
34	2	2	2	2	1	1	3	4	2	1
35	2	1	2	4	3	2	2	4	2	3
36	2	2	2	4	3	1	2	4	2	3
37	2	3	2	2	3	1	1	4	4	3
38	3	3	2	4	3	1	2	4	2	1
39	2	2	2	4	3	2	2	4	2	3
40	2	3	4	1	3	1	2	4	1	1
41	2	2	2	4	3	1	2	4	2	3
42	3	1	3	4	3	1	1	4	2	1
43	2	1	3	4	1	1	2	4	4	1
44	3	2	4	4	3	2	2	4	2	1

	 EDAD	 PARIDAD	 IMC	 ANTECEDENTES	 EHE	 NIVELES	 APN	 COMPLICACIONES	 ILA	 TIPO
45	2	1	2	4	3	1	3	4	2	2
46	2	1	2	4	3	1	2	4	2	1
47	2	2	2	1	3	1	1	4	2	3
48	2	3	4	2	3	1	2	4	2	2
49	3	2	2	4	3	1	2	4	4	2
50	1	1	2	4	3	1	2	4	2	1
51	2	2	2	4	1	1	2	2	2	3
52	2	1	3	4	3	1	1	4	2	3
53	2	3	2	4	3	2	2	4	2	1
54	2	2	2	1	3	1	2	4	2	3
55	2	1	2	4	3	1	2	4	4	3
56	3	1	2	4	3	1	2	4	2	3
57	2	2	2	4	2	1	1	4	2	1
58	2	2	2	2	3	1	2	4	2	1
59	2	1	2	1	3	1	2	4	2	1
60	1	1	2	4	3	1	2	4	2	1
61	3	1	2	4	1	2	3	4	4	2
62	3	2	2	4	3	1	2	3	2	2
63	2	3	2	1	3	1	1	4	3	1
64	2	3	2	4	3	1	2	4	2	3
65	2	3	3	2	3	1	2	4	2	1
66	2	2	2	4	3	1	2	4	2	3

	 EDAD	 PARIDAD	 IMC	 ANTECEDENTES	 EHE	 NIVELES	 APN	 COMPLICACIONES	 ILA	 TIPO
67	2	3	4	1	3	1	2	4	2	3
68	3	1	3	4	3	2	1	4	2	3
69	2	2	2	4	3	1	2	4	4	2
70	2	1	2	4	1	1	2	4	2	2
71	2	1	2	4	3	1	2	4	2	1
72	2	2	2	1	3	1	2	4	2	2
73	3	3	4	4	3	1	2	4	1	1
74	2	3	2	4	3	1	1	4	2	1
75	2	3	2	1	3	2	2	4	4	1
76	2	1	2	4	3	1	2	4	1	1
77	3	3	2	4	3	1	3	4	2	1
78	3	2	2	4	3	1	3	4	2	1
79	2	1	3	1	3	1	1	4	2	2
80	2	1	2	2	3	1	2	4	2	1
81	2	2	2	4	1	2	1	4	2	3
82	2	3	3	4	3	1	1	4	4	3
83	3	1	2	4	3	1	1	4	2	3
84	2	2	2	1	3	2	2	4	2	3
85	2	1	2	4	3	1	1	4	2	1
86	2	1	2	4	3	2	2	4	2	3
87	1	1	2	4	3	1	1	4	2	2
88	2	2	4	1	3	2	2	4	2	2

	 EDAD	 PARIDAD	 IMC	 ANTECEDENTES	 EHE	 NIVELES	 APN	 COMPLICACIONES	 ILA	 TIPO
89	2	3	2	2	3	1	1	3	4	1
90	3	1	2	4	3	1	1	4	2	1
91	2	3	3	4	3	1	1	4	2	2
92	2	2	2	1	3	1	2	4	2	1
93	2	1	1	4	3	2	1	4	2	2
94	3	3	2	2	3	1	3	4	2	3
95	2	3	3	4	1	2	2	4	1	1
96	3	1	2	1	3	2	2	4	2	3
97	2	2	4	4	3	1	2	4	4	3
98	2	2	2	4	3	1	1	2	2	3
99	2	2	2	4	3	1	2	4	2	1
100	2	1	2	4	3	2	2	4	2	1
101	2	3	2	4	3	1	1	3	2	1
102	3	1	2	1	3	1	1	4	2	1
103	2	1	3	4	3	1	2	4	4	1
104	2	2	4	2	3	1	1	4	2	1
105	2	1	2	4	3	1	2	4	3	1
106	2	1	3	1	3	1	2	4	2	2
107	2	3	2	4	3	1	2	4	2	2
108	2	1	2	4	3	2	1	3	2	1
109	3	2	2	4	1	1	2	4	4	2
110	2	3	2	4	3	1	2	4	2	2

	 EDAD	 PARIDAD	 IMC	 ANTECEDENTES	 EHE	 NIVELES	 APN	 COMPLICACIONES	 ILA	 TIPO
111	2	3	2	1	3	1	2	4	2	1
112	2	1	2	2	3	1	2	4	2	3
113	2	1	2	4	3	1	1	4	2	1
114	2	1	2	4	3	2	2	4	2	3
115	1	2	2	1	3	1	2	4	2	1
116	2	1	3	4	3	1	2	3	2	1
117	3	1	2	4	3	1	1	4	4	1
118	2	1	2	1	3	1	2	4	2	2
119	2	1	3	4	3	1	2	4	2	3
120	2	2	2	4	3	1	1	4	2	1
121	2	1	2	4	3	1	2	4	2	2
122	2	1	2	1	3	1	1	4	4	3
123	2	2	2	2	3	2	1	4	2	2
124	2	1	3	4	3	1	1	4	2	1
125	3	3	2	4	3	1	3	3	2	1
126	2	3	2	4	3	1	2	4	2	2
127	2	2	2	4	3	1	1	4	2	3
128	2	1	2	4	3	1	2	4	4	2
129	2	3	4	4	3	1	1	4	2	1
130	2	1	4	2	3	1	1	4	3	1
131	2	2	2	1	3	2	2	4	2	1
132	3	1	2	4	3	1	2	3	2	3

	 EDAD	 PARIDAD	 IMC	 ANTECEDENTES	 EHE	 NIVELES	 APN	 COMPLICACIONES	 ILA	 TIPO
133	2	1	2	4	3	1	2	4	2	3
134	2	1	4	3	3	1	1	4	4	3
135	2	2	2	4	3	1	1	4	1	3
136	1	3	2	2	3	1	2	4	2	1
137	2	1	1	4	3	1	1	4	2	2
138	2	2	2	4	3	1	2	1	2	1
139	3	3	2	4	3	2	2	4	2	3
140	2	3	2	4	3	1	1	4	1	2
141	2	1	3	4	3	1	2	4	2	1
142	2	2	2	4	3	1	1	4	2	1
143	2	1	4	4	3	1	2	3	2	2
144	2	1	2	4	3	1	3	4	2	1
145	2	2	2	4	3	1	2	4	2	1
146	2	1	2	4	3	1	1	2	2	2
147	2	3	3	3	3	2	2	4	2	3
148	3	3	2	4	2	1	2	4	2	1
149	3	2	3	4	3	1	2	3	2	2

ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
PG. ¿Cuál es el riesgo obstétrico relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca? 2021-2023?	OG. Determinar el riesgo obstétrico relacionado a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2021-2023.	HG. El riesgo obstétrico preconcepcional y de la gestación actual si están relacionados a muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2021-2023.	V1. Riesgo obstétrico	1.1 Pregestacional	1.1.1 Edad 1.1.2 Paridad 1.1.3 Índice de masa corporal 1.1.4 Antecedentes adversos	Diseño de la investigación: No experimental Tipo de investigación: Básica, de nivel relacional transversal y de diseño retrospectivo.
PE1. ¿Cuál es el riesgo obstétrico pregestacional relacionado a muerte fetal intrauterina?	OE1. Identificar el riesgo obstétrico pregestacional relacionado a muerte fetal intrauterina.	HE1.El riesgo obstétrico pregestacional como: edad mayor de 35 años, la multiparidad, el sobre peso materno y la obesidad, así como los malos antecedentes obstétricos si están relacionados a muerte fetal intrauterina.		1.2 Gestación actual	1.2.1 Enfermedades hipertensivas 1.2.2 Niveles de hemoglobina 1.2.3 Atención prenatal 1.2.4 Complicaciones del embarazo 1.2.5 Cantidad de líquido amniótico ILA	Método: Hipotético deductivo con enfoque cuantitativo Población: 149 casos. Técnicas:
PE2.¿Cuál es el riesgo de la gestación actual relacionado a muerte fetal intrauterina?	OE2. Especificar el riesgo de la gestación actual relacionado a muerte fetal intrauterina.	HE2. El riesgo de la gestación actual como: la preeclampsia, la anemia, la atención prenatal tardía, la ruptura prematura de membranas y el oligohidramnios si están relacionados a muerte fetal intrauterina				D1 Y D2: Análisis documental. Instrumento:
PE3. ¿Cuál es el tipo de muerte fetal que se atiende con mayor frecuencia?	OE3. Indicar el tipo de muerte fetal que se atiende con mayor frecuencia.	HE3. El tipo de muerte fetal que se atiende con mayor frecuencia es de tipo tardía	V2. Muerte fetal intrauterina		2.1 Tipo de muerte fetal	V1 Y V2: Ficha de recolección de datos

ANEXO 3. INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°

FECHA:

- | | |
|---|---|
| 1.1.1 Edad | 1) ≤ 17 años
2) 18 a 35 años
3) 36 a más años |
| 1.1.2 Paridad | 1) Nulípara
2) Primípara
3) Multípara |
| 1.1.3 Índice de masa corporal | 1) Delgadez
2) Normal
3) Sobre peso
4) Obesidad |
| 1.1.4 Antecedentes adversos | 1) Aborto
2) Cesárea
3) Óbito fetal
4) Ninguno |
| 1.2.1 Enfermedades hipertensivas | 1) Preeclampsia
2) Eclampsia
3) Ninguna |
| 1.1.2 Niveles de hemoglobina | 1) ≥ 11 g/dl
2) $<$ de 11 g/dl |
| 1.2.3 Primera atención prenatal | 1) Entre 4 a 13 semanas
2) Después de la semana 13
3) No acudió |
| 1.2.4 Complicaciones del embarazo | 1) Placenta previa
2) Desprendimiento prematuro de placenta
3) Ruptura prematura de membranas
4) Ninguna |
| 1.2.5 Cantidad de líquido amniótico ILA | 1) Oligohidramnios (≤ 5 cm)
2) Adecuado
c) Polihidramnios (≥ 24 cm) |
| 2.1 Tipo de muerte fetal | 1) Temprana 20 a 27 semanas
2) Tardía 28 a 36 semanas
3) A término 37 a más semanas |

ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Carol K. Zuniga Zuniga.....

Grado académico: Doctor.....

Institución donde labora: UNICEF.....

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

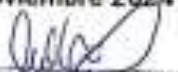
Título de la investigación: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO CON MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021-2023. Es imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado					✓
Objetividad	Expresa en conductas observables					✓
Organización	Existe lógica entre variables					✓
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos					✓
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico				✓	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis					✓
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación					✓

II. Opinión de aplicación: FAVORABLE

III. Promedio de valoración: 95.....

Lugar y fecha: Juliaca, 04 de noviembre 2024


 Carol K. Zuniga Zuniga
 CUP. 4812

Activar Windows

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: BERNAL SALAS GARCIA

Grado académico: DOCTOR

Institución donde labora: MINSA - RED SAN ROMAN

Instrumento de investigación: GUIA DE OBSERVACION V1

Título de la investigación: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021-2023., para lo cual imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento ; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto :

Claridad	Formulado con lenguaje apropiado					✓
Objetividad	Expresa en conductas observables					✓
Organización	Existe lógica entre variables					✓
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos					✓
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.					✓
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis					✓
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación					✓

II. Opinión de aplicación: **FAVORABLE**

III. Promedio de valoración: 90%

Lugar y fecha: Juliaca, 04 de noviembre 2024



 MINSU
 RED DE SALUD SAN ROMAN
 Dra. Chela García-Bernal Salas
 GERENTE DE LA CALIDAD EN SALUD

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Zúñiga Zúñiga Giuliana Brigitte

Grado académico: Doctor

Institución donde labora: MINSAL

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021-2023. Es imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
		1-20	21-40	41-60	61-80	81-100
Ciudad	Formulado con lenguaje apropiado				✓	
Objetividad	Expresa en conductas observables				✓	
Organización	Existe lógica entre variables				✓	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos					✓
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.					✓
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis					✓
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación					✓

II. Opinión de aplicación: FAVORABLE

III. Promedio de valoración: 85%

Lugar y fecha: Juliaca, 04 de noviembre 2024

.....

 Dra. Giuliana Zúñiga Zúñiga
 COP 5449

AXEXO 5. AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

REALIZO LA INVESTIGACION

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA
INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS
BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Juliaca 04 Noviembre

Sr Dr:
José Wilfredo Mamani Vilca

Dicrector del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca
Estimado Dr

Le escribo para solicitar permiso para realizar un estudio de investigación en su institución. Actualmente estoy inscrito en la Universiad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca, y estoy en proceso de redactar mi tesis de pregrado. El estudio se titula: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021-2023. Espero que me permita acceder a los datos que requiero.

Su aprobación para realizar este estudio será muy apreciado. Haré un seguimiento con una llamada telefónica la semana que viene y con gusto responderé cualquier pregunta o inquietud que pueda tener en ese momento. Puede comunicarse conmigo a mi dirección de correo electrónico: lumarios988@gmail.com.

Si está de acuerdo, por favor firme a continuación.

Sinceramente,



LADY BRIGITTE MACHACA SURCO



CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

TABLA 1

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
5	2.87	2.13	4.55	1.59
55	44.62	10.38	107.66	2.41
1	13.51	-12.51	156.50	11.58
2	1.64	0.36	0.13	0.08
22	25.60	-3.60	12.99	0.51
11	7.75	3.25	10.55	1.36
0	2.49	-2.49	6.20	2.49
32	38.77	-6.77	45.86	1.18
21	11.74	9.26	85.78	7.31
149	149.00			28.51

TABLA 2

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
30	22.52	7.48	56.00	2.49
23	21.70	1.30	1.70	0.08
8	16.79	-8.79	77.18	4.60
13	12.92	0.08	0.01	0.00
12	12.45	-0.45	0.20	0.02
10	9.63	0.37	0.14	0.01
12	19.56	-7.56	57.21	2.92
18	18.85	-0.85	0.73	0.04
23	14.58	8.42	70.83	4.86
149	149.00			15.01

TABLA 3

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
2	1.23	0.77	0.60	0.49
43	45.44	-2.44	5.97	0.13
9	8.19	0.81	0.66	0.08
7	6.14	0.86	0.74	0.12
1	0.70	0.30	0.09	0.12
19	26.07	-7.07	50.04	1.92
10	4.70	5.30	28.11	5.98
5	3.52	1.48	2.18	0.62
0	1.07	-1.07	1.14	1.07
49	39.48	9.52	90.57	2.29
1	7.11	-6.11	37.38	5.25
3	5.34	-2.34	5.45	1.02
149	149.00			19.10

TABLA 4

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
9	11.05	-2.05	4.22	0.38
6	7.37	-1.37	1.87	0.25
3	1.23	1.77	3.14	2.56
43	41.35	1.65	2.73	0.07
11	6.34	4.66	21.69	3.42
9	4.23	4.77	22.77	5.39
0	0.70	-0.70	0.50	0.70
15	23.72	-8.72	76.12	3.21
7	9.60	-2.60	6.78	0.71
3	6.40	-3.40	11.58	1.81
0	1.07	-1.07	1.14	1.07
43	35.93	7.07	50.04	1.39
149	149.00			20.95

TABLA 5

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
1	4.50	-3.50	12.27	2.73
0	0.82	-0.82	0.67	0.82
60	55.68	4.32	18.68	0.34
5	2.58	2.42	5.84	2.26
2	0.47	1.53	2.34	4.98
28	31.95	-3.95	15.57	0.49
5	3.91	1.09	1.18	0.30
0	0.71	-0.71	0.51	0.71
48	48.38	-0.38	0.14	0.00
149	149.00			12.63

TABLA 6

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
59	50.36	8.64	74.72	1.48
2	10.64	-8.64	74.72	7.02
24	28.89	-4.89	23.94	0.83
11	6.11	4.89	23.94	3.92
40	43.75	-3.75	14.08	0.32
13	9.25	3.75	14.08	1.52
149	149.00			15.10

TABLA 7

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
14	20.88	-6.88	47.32	2.27
41	36.03	4.97	24.73	0.69
6	4.09	1.91	3.63	0.89
16	11.98	4.02	16.16	1.35
15	20.67	-5.67	32.16	1.56
4	2.35	1.65	2.73	1.16
21	18.14	2.86	8.17	0.45
32	31.30	0.70	0.49	0.02
0	3.56	-3.56	12.65	3.56
149	149.00			11.93

TABLA 8

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	0.41	-0.41	0.17	0.41
0	4.91	-4.91	24.14	4.91
0	4.91	-4.91	24.14	4.91
61	50.77	10.23	104.75	2.06
1	0.23	0.77	0.59	2.49
8	2.82	5.18	26.84	9.52
9	2.82	6.18	38.21	13.55
17	29.13	-12.13	147.08	5.05
0	0.36	-0.36	0.13	0.36
4	4.27	-0.27	0.07	0.02
3	4.27	-1.27	1.61	0.38
46	44.11	1.89	3.58	0.08
149	149.00			43.75

TABLA 9

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
3	3.68	-0.68	0.47	0.13
39	47.49	-8.49	72.08	1.52
0	1.64	-1.64	2.68	1.64
19	8.19	10.81	116.90	14.28
2	2.11	-0.11	0.01	0.01
32	27.25	4.75	22.58	0.83
1	0.94	0.06	0.00	0.00
0	4.70	-4.70	22.07	4.70
4	3.20	0.80	0.64	0.20
45	41.26	3.74	13.97	0.34
3	1.42	1.58	2.49	1.75
1	7.11	-6.11	37.38	5.25
149	149.00			30.64

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

TABLA 1

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
5	2.87	2.13	4.55	1.59
55	44.62	10.38	107.66	2.41
1	13.51	-12.51	156.50	11.58
2	1.64	0.36	0.13	0.08
22	25.60	-3.60	12.99	0.51
11	7.75	3.25	10.55	1.36
0	2.49	-2.49	6.20	2.49
32	38.77	-6.77	45.86	1.18
21	11.74	9.26	85.78	7.31
149	149.00			28.51

TABLA 2

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
30	22.52	7.48	56.00	2.49
23	21.70	1.30	1.70	0.08
8	16.79	-8.79	77.18	4.60
13	12.92	0.08	0.01	0.00
12	12.45	-0.45	0.20	0.02
10	9.63	0.37	0.14	0.01
12	19.56	-7.56	57.21	2.92
18	18.85	-0.85	0.73	0.04
23	14.58	8.42	70.83	4.86
149	149.00			15.01

TABLA 3

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
2	1.23	0.77	0.60	0.49
43	45.44	-2.44	5.97	0.13
9	8.19	0.81	0.66	0.08
7	6.14	0.86	0.74	0.12
1	0.70	0.30	0.09	0.12
19	26.07	-7.07	50.04	1.92
10	4.70	5.30	28.11	5.98
5	3.52	1.48	2.18	0.62
0	1.07	-1.07	1.14	1.07
49	39.48	9.52	90.57	2.29
1	7.11	-6.11	37.38	5.25
3	5.34	-2.34	5.45	1.02
149	149.00			19.10

TABLA 4

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
9	11.05	-2.05	4.22	0.38
6	7.37	-1.37	1.87	0.25
3	1.23	1.77	3.14	2.56
43	41.35	1.65	2.73	0.07
11	6.34	4.66	21.69	3.42
9	4.23	4.77	22.77	5.39
0	0.70	-0.70	0.50	0.70
15	23.72	-8.72	76.12	3.21
7	9.60	-2.60	6.78	0.71
3	6.40	-3.40	11.58	1.81
0	1.07	-1.07	1.14	1.07
43	35.93	7.07	50.04	1.39
149	149.00			20.95

TABLA 5

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
1	4.50	-3.50	12.27	2.73
0	0.82	-0.82	0.67	0.82
60	55.68	4.32	18.68	0.34
5	2.58	2.42	5.84	2.26
2	0.47	1.53	2.34	4.98
28	31.95	-3.95	15.57	0.49
5	3.91	1.09	1.18	0.30
0	0.71	-0.71	0.51	0.71
48	48.38	-0.38	0.14	0.00
149	149.00			12.63

TABLA 6

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ²
				TN
59	50.36	8.64	74.72	1.48
2	10.64	-8.64	74.72	7.02
24	28.89	-4.89	23.94	0.83
11	6.11	4.89	23.94	3.92
40	43.75	-3.75	14.08	0.32
13	9.25	3.75	14.08	1.52
149	149.00			15.10

TABLA 7

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
14	20.88	-6.88	47.32	2.27
41	36.03	4.97	24.73	0.69
6	4.09	1.91	3.63	0.89
16	11.98	4.02	16.16	1.35
15	20.67	-5.67	32.16	1.56
4	2.35	1.65	2.73	1.16
21	18.14	2.86	8.17	0.45
32	31.30	0.70	0.49	0.02
0	3.56	-3.56	12.65	3.56
149	149.00			11.93

TABLA 8

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	0.41	-0.41	0.17	0.41
0	4.91	-4.91	24.14	4.91
0	4.91	-4.91	24.14	4.91
61	50.77	10.23	104.75	2.06
1	0.23	0.77	0.59	2.49
8	2.82	5.18	26.84	9.52
9	2.82	6.18	38.21	13.55
17	29.13	-12.13	147.08	5.05
0	0.36	-0.36	0.13	0.36
4	4.27	-0.27	0.07	0.02
3	4.27	-1.27	1.61	0.38
46	44.11	1.89	3.58	0.08
149	149.00			43.75

TABLA 9

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
3	3.68	-0.68	0.47	0.13
39	47.49	-8.49	72.08	1.52
0	1.64	-1.64	2.68	1.64
19	8.19	10.81	116.90	14.28
2	2.11	-0.11	0.01	0.01
32	27.25	4.75	22.58	0.83
1	0.94	0.06	0.00	0.00
0	4.70	-4.70	22.07	4.70
4	3.20	0.80	0.64	0.20
45	41.26	3.74	13.97	0.34
3	1.42	1.58	2.49	1.75
1	7.11	-6.11	37.38	5.25
149	149.00			30.64



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 02/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: LADY BRIGITTE MACHACA SURCO

Dirección: JR. MANUEL ACOSTAJ-8 URB. TRES DE OCTUBRE JULIACA SAN ROMAN PUNO

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72294761

Teléfono: 902351724 email: Lumarios988@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: OBSTETRICIA

Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA

Asesor: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADO A MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2021 - 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): RIESGO OBSTÉTRICO MUERTE FETAL INTRAUTERINA

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P06

LSI



02 - 12 - 2025

Firma de Autor

huella digital

Fecha