

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Informe Final de Investigación para optar al Título de Especialista en
Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.**

“Factores maternos asociados a la muerte fetal, en el Hospital José Nieborowski -
Boaco 2011 - 2015.

Autor: Lic. María Danelia Téllez Hurtado.
Residente III año.

Tutor: Dr. Holman Miranda Urbina.
Especialista en Ginecología y Obstetricia.
Hospital José Nieborowski- Boaco.

Tutor Metodológico: Dr. José Ochoa.
Médico y Cirujano.
Msc. Salud Pública.

Boaco Nicaragua, Marzo 2018.

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
CARTA DE APROBACION DEL TUTOR.....	iii
RESUMEN.....	iv
I. INTRODUCCION.....	01
II. ANTECEDENTES.....	03
III. JUSTIFICACION.....	06
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	07
V. OBJETIVOS.....	08
Objetivo General.....	08
Objetivos Especificos.....	08
VI MARCO TEORICO.....	09
VII HIPOTESIS.....	20
VIII DISEÑO METODOLOGICO.....	21
IX RESULTADOS.....	25
X ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	27
XI. CONCLUSIONES.....	29
XII RECOMENDACIONES.....	30
XIII BIBLIOGRAFIA.....	31
XIV ANEXOS	
Anexo 1. Instrumento de Recolección de la información.	
Anexo 2. Tabla de Resultados.	
Anexo 3. Gráficos de Resultados.	

DEDICATORIA

A Dios quien ha estado siempre en mi camino, nunca me ha abandonado y gracias a él hoy he podido culminar una meta más.

A mis padres por haber contribuido a mi formación desde la niñez, por ser el pilar fundamental en todo el trascurso de mi vida.

A mi hija Daniela y mi hermana Celidey por el apoyo incondicional, comprensión, consejos durante el trascurso del trabajo investigativo, quienes han estado conmigo siempre.

María Danelia Téllez H.

AGRADECIMIENTO

A Dios; por haberme regalado la oportunidad y la inteligencia, llenarme de fortaleza para concluir los estudios.

A Dra Alicia Rivas; quien me brindó su apoyo de manera incondicional, sus conocimientos necesarios y por la constante disponibilidad durante todo el proceso de investigación.

A docentes; por haberme transmitido los conocimientos obtenidos, pasó a paso en el aprendizaje, a Dr. José Ochoa y Dr. Holman Miranda por su empeño y dedicación al trabajo, por su interminable paciencia, responsabilidad y apoyo.

A todas aquellas personas; que de una u otra manera me apoyaron directa o indirectamente en el momento que se requirió su ayuda, para llevar a cabo la ejecución de este trabajo de investigación.

María Danelia Téllez H.

RESUMEN

La presente tesis se basó en un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, sobre los factores maternos asociado a la muerte fetal en el Hospital José Nieboroswki con diagnóstico de muerte fetal en el período comprendido entre el 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2015, para lo cual se tomaron como universo a todas las pacientes ingresadas con diagnóstico de muerte fetal obteniendo una muestra de 112 casos.

La fuente de información fue de carácter secundario ya que se basó en la revisión de expedientes clínicos, los objetivos del estudio se basaron en las características socios demográficos, los antecedentes Gineco-obstétricos y los antecedentes patológicos de las madres en estudio.

Obteniendo como resultados que la mayoría de las madres tienen escolaridad primaria y del área rural, el grupo de edad predominante fue de 20 a 34 años. La mayoría de las madres son primigestas y nulíparas.

Más de la mitad de las madres tienen 4 o más CPN. La edad gestacional de las madres fue en su mayoría pretérmino o inmaduro. El porcentaje de patologías previa o durante el embarazo fue bajo.

Como conclusión general, podemos mencionar que la muerte fetal está asociada a las madres entre las edades de 20 a 34 años, del área rural, madres solteras y patologías relacionadas a hipertensión y procesos infecciosos.

Dentro de las recomendaciones podemos mencionar: la Identificación oportuna de factores de riesgo, valoración de especialistas en los APN, todas las embarazadas deben de tener un USG del primer trimestre o en su captación, haciendo hincapié en aquellas con factores de riesgos identificados.

Evaluar periódicamente al personal médico y de enfermería en la realización de los APN y cumplir con las normas y protocolos MINSA para mejorar la atención de cada embarazada y evitar complicaciones que pongan en riesgo al binomio.

I.- INTRODUCCION

La embarazada y el feto, a pesar de cumplir con un proceso fisiológico, están expuestos a una serie de riesgos que amenazan su salud y vida. Entre las complicaciones del embarazo más temidas se encuentra la muerte fetal, que es la que ocurre entre las 20 semanas de gestación y el parto.(E., 2006)

Un embarazo es motivo de acercamiento en la familia y se evidencia la programación y el bienestar de la misma, pero este se rompe o se ve alterada cuando el resultado no es el óptimo. Dentro de los múltiples factores que conducen a éstos resultados, se encuentran la cultura de la población a las actividades preventivas como es el caso de la atención prenatal que no es vista como necesidad y se pierde la importancia de esta.

Una muerte fetal es un evento de alto costo social y continúa siendo un elemento esencial en el análisis de la situación de salud de las poblaciones. La tasa de mortalidad no sólo es un indicador de la magnitud de dicho evento sino que, es un indicador del riesgo absoluto de morir. (Shirley, 2010)

El índice de mortalidad fetal es generalmente aceptado como un indicador de la calidad de los servicios de salud. La mayoría de estas muertes ocurren en la primera semana de vida, en poblaciones rurales que disponen de acceso limitado a los servicios de salud.

La frecuencia de la muerte fetal varía en relación con cierto número de factores, entre ellos, raza, edad materna, período de gestación, pluralidad de la gestación, tipo de atención prenatal y del parto, sexo del feto, ubicación geográfica, antecedentes obstétricos y factores socio económicos.

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina. (Roberto V. , 2010)

Un prestigioso estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Universidad de Manchester del Reino Unido, ubica a Nicaragua en la posición intermedia número 67, en relación a la cantidad de muertes fetales. Con una estimación de muertes fetales de 7.4 por cada 1 mil nacimientos, en la lista los países centroamericanos, en cuanto a reducción de mortalidad fetal, gracias al Modelo de Salud Familiar y Comunitario. (Chavez, 2016).

II.- ANTECEDENTES

Estudio de incidencia y factores de riesgos asociados a la muerte fetal en 2 hospitales públicos en Venezuela en 2003 se encontró una tasa de mortalidad fetal tardía de 16.5/1000 nacidos vivos, de las embarazadas estudiadas el 23% tenían más de 35 años de edad, 48% presentaron infecciones maternas y 38% hipertensión arterial, las causas fetales y ovulares constituyeron el 39 y 61%, también se encontró como factor de riesgo el consumo de tabaco. (Rojas, 2003)

Estudio realizado en Chile sobre las muerte fetales, se analizaron 46 casos de muerte fetal in útero, de los cuales el 67,4% se produjeron en domicilio, de los ocurridos a nivel hospitalario; 4 por patología funicular, 3 correspondieron a RPM de menos de 24 semanas de gestación, hubo 2 casos de poli malformados. Un 15,2% de las pacientes no controló su embarazo. La frecuencia de muerte fetal según grupo etáreo materno. Respecto de la paridad y antecedente de muerte fetal encontramos que 18 pacientes eran primigestas (39%), de éstas 4 eran Primigesta precoz (9%) y 2 Primigesta tardía (4,3%), 28 pacientes eran multíparas y de éstas una era gran multípara, tres pacientes tenían el antecedente de un mortinato y no se encontraron pacientes con aborto recurrente. (Etiología y factores de riesgo, 2007) .

Vásquez morán, Nubia Anahí, en el año 2013, logró establecer que las principales causas de la muerte fetal, fueron: el desprendimiento placentario, edad materna, ruptura prematura de membranas, las semanas de gestación con mayor prevalencia y de causas traumáticas como desencadenante de este problema de salud. De estos datos el que tuvo mayor frecuencia fue la edad materna menor a 15 años que sobre salió con un 54%, seguido de la rotura prematura de membranas con el 45.5% en las edades fetales mayor a 28 semanas que corresponde al 54,5%. (Vasquez, 2014)

La tasa de muerte fetal por mil nacidos vivos, en Perú en el período estudiado, fue de 20,7. Las variables preconceptionales asociadas a muerte fetal con resultados estadísticos significativos fueron adolescentes, nulíparas, estado civil solteras y analfabetas. Las variables conceptionales con resultados OR significativos fueron: no atención prenatal, anemia, placenta previa, embarazo múltiple, cardiopatías, eclampsia, ruptura prematura de membranas, desproporción cefalo pélvica, desprendimiento prematuro de placenta, infección urinaria, preeclampsia, entre otras. (Mauricio, 2015)

Según registros del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México del año 2002, el índice de mortalidad fetal (IMF), fue de 25,109 casos de muerte fetal por año con un índice de mortalidad fetal (IMF) de 9.2 x 1,000 nacidos vivos. Para 2009, el registro de muerte fetal fue de 23,192 con un IMF 8.9 x 1,000 nacidos vivos. (Trejo, 2012)

Según la Encuesta Nacional de demografía y salud 2011 - 2012, revela que la mortalidad fetal es baja en mujeres de hogares con bienestar alto, es decir la mortalidad es más baja cuando el índice económico es alto. La muerte es mal alta cuando el nivel de la madre es más bajo, así como la edad es mayor entre los 30-49 años, un adecuado control prenatal, una adecuada educación nutricional, otros cuidados durante el embarazo, y el bienestar de la mujer son los elementos claves para disminuir la mortalidad fetal. (INIDE, 2013)

En el periodo del 2000 al 2002 se realizó un estudio analítico de caso y control de factores de riesgos asociados a mortalidad perinatal en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón, encontrando que los factores de riesgos más relevantes para muerte perinatal fueron, los pre conceptionales: los adolescentes precoces, analfabetismo y las solteras, los malos hábitos maternos incrementan el riesgo 3.1 veces que aquellas que no la tienen, en cuanto las patologías en el embarazo la anemia, RCIU y APP. (Roberto M. , 2003)

Borge Martínez, José Guadalupe, en el año 2015, encontró que los principales factores de riesgos preconcepciones y del embarazo asociados a muerte fetal tardía en el Hospital Bertha Calderón fueron la epilepsia con un OR 6.195 y un IC 95% 0.634–60-.533, el asma también represento un factor de riesgo con un OR de 1.267 y un IC 95% 0.461-4.005, el antecedente de aborto represento un factor de riesgo con un OR 1.876y un IC 95% 0.845-4.162. (Martinez, 2016)

Pérez Escobar, y colaboradores en su estudio sobre muerte fetal en Estelí en el año 2010, encontró que la muerte fetal tuvo un incremento en el año 2008 en comparación al año 2007, la malformación congénita que se pudo establecer como causa es la anencefalia y se encontraron como factores de riesgo para muerte fetal la madre añosa, la multiparidad, menos de cuatro control prenatal, el embarazo múltiple, el retardo del crecimiento uterino y presentación distócica. (Escobar, 2010)

Estudio realizado en el HEODRA del año 2008 al 2011 acerca de los factores de riesgos de muerte fetal tardía la edad más frecuente con significancia estadística fue de 20 a 40 años y pacientes con patologías preclampsia, eclampsia, asma y epilepsia. (María, 2012)

Un estudio realizado en el SILAIS de Boaco en los primeros semestres del 2000 al 2002 encontraron que la edad más frecuente donde se presentó el evento fue de 20 – 34 años con un 44%, Escolaridad el 54.2% con estudios de primaria, eran del área rural, el 61.6% con unión estable. Las Nulípara representaron en el 39% y múltipara en el 69%. El 52.5% solo tenía de 1 – 3 CPN. El 61% no se encontró patología alguna asociada y dentro de las patologías más frecuentes encontramos IVU 22 %, anemia 8.5%,hipertensión arterial 3.4%, eclampsia 1.7%. (D, 2004)

III.-JUSTIFICACIÓN

La muerte de un bebé en el vientre de la madre causa un dolor que puede ser insuperable. Los padres deben pasar de la ilusión y la alegría de tener un nuevo niño a la dolorosa situación de tener que confrontar esta terrible noticia.

Estas muertes son situaciones desconcertantes para el médico, la paciente embarazada y su familia, ya que sus causas son múltiples y a veces desconocidas, así como sus factores contribuyentes, algunas de ellas se mencionan como; la edad materna, hábitos nocivos, como el tabaco, el alcohol, la drogadicción o el abuso de ciertos fármacos, pueden conducir a un alto incremento de la pérdida del producto.

Por lo tanto conocer los factores asociados a la muerte fetal, es considerado necesario, ya que al conocer previamente estos factores podríamos establecer estrategias preventivas con el propósito de contribuir a la disminución de estas muertes y fortalecer los conocimientos del personal de salud de los ESAFC.

Como profesionales de la salud es nuestro deber garantizar que el personal de salud tenga conocimientos reales de la situación de salud de su territorio y de los factores que predisponen a un problema de salud. En este caso evitar una muerte fetal evidencia el grado de desarrollo de una comunidad y del desarrollo de las destrezas y habilidades del personal de salud.

Este estudio permite identificar y analizar los factores que se asocian a la muerte fetal ya sea materno, fetal o institucional, desde la comunidad y las unidades de salud. Los resultados obtenidos de este estudio ayudarán al fortalecimiento de la gestión e intervención del control de natalidad y los controles prenatales y de esta manera poder contribuir a la disminución de las muertes fetales y las complicaciones obstétricas.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de los embarazos pueden transcurrir de forma completamente normal o de bajo riesgo, pero hay casos en que la vigilancia tiene que ser más estrecha y oportuna, más en aquellas donde se ha detectado uno o más factores de riesgo; como el antecedente de muerte fetal, antecedente de atención prenatal deficiente, edad gestacional, complicaciones maternas como: amenaza de aborto, hipertensión arterial, infección urinaria, diabetes, patología placentaria, entre otros. Todos estos factores nos pueden predisponer a una muerte fetal, por lo que este estudio tiene como interrogante la siguiente;

¿Cuáles son los factores maternos asociados a la muerte fetal, en el Hospital José Nieborowski - Boaco 2011 - 2015?

V.- OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir los factores de riesgo materno asociados a la muerte fetal, en el Hospital José Nieborowski - Boaco 2011 – 2015.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características demográficas de las madres en estudio y su relación con la muerte fetal.
2. Determinar los antecedentes Gineco-obstétricos que influyen en la muerte fetal.
3. Identificar los factores maternos patológicos.

VI.- MARCO TEÓRICO

La OMS ha definido a la muerte fetal como aquélla que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo. Se llama muerte fetal temprana a la que se produce antes de cumplirse 20 semanas de gestación, muerte fetal intermedia es la que se presenta en las semanas 20 a 27 y muerte fetal tardía, la que sucede a partir de la semana 28 de gestación.(Vogelman, 2010)

La muerte fetal denota el mortinato antes de la expulsión completa o la extracción de un producto de la concepción humana, de su madre, independientemente de la duración de la gestación y de que se haya inducido o no la terminación del embarazo. El mortinato suele estar indicado por el hecho que después de la expulsión o la extracción, el feto no respiró ni mostró otros signos de vida como el latido cardiaco, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento definido de músculos voluntarios. Es importante diferenciar los latidos cardiacos, de las contracciones cardiacas transitorias; también hay que diferenciar las respiraciones, de los esfuerzos respiratorios o jadeos transitorios.(Williams, 2010)

La mortalidad y la morbilidad, son indicadores importantes de la situación sanitaria, ya que arroja luz sobre el nivel y los patrones de salud en la población. La mortalidad neonatal es el indicador básico para expresar el nivel de desarrollo y la calidad de la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio.

En Septiembre del año 2000 en la ciudad de Nueva York, los 193 estados miembros de la ONU se comprometieron a cumplir los "Objetivos de desarrollo de Milenio" para el año 2015, estrategia para erradicar la pobreza y mejorar el bienestar de la humanidad para el año 2015. El cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM4) incluye la intención de reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años, bajar de los 93 niños por cada

1000 que morían antes de cumplir cinco años en 1990 a 31 por cada 1000 en 2015; es decir, reducir las muertes a menos de 13,000 al día o menos de 5 millones anuales. (UNICEF, 2009)

La mortalidad es un indicador de la condición de salud en general de la embarazada, la calidad de control prenatal, del parto y de la ocurrencia o no de complicaciones maternas, fetales y neonatales. Los factores de riesgo de muerte neonatal están divididos en dos grupos: Antecedentes Maternos: edad, educación, estado civil, antecedentes obstétricos, paridad y espacio intergenésico, control prenatal, patologías del embarazo, parto y condiciones de su atención, y distocias de presentación. Condición del recién nacido: apgar, peso de nacimiento, retardo de crecimiento intrauterino, edad gestacional, complicaciones respiratorias, infecciones y malformaciones congénitas. (Pardo, 2008)

Concepto

Según la OMS se define la muerte fetal como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida, como ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimientos musculares voluntarios”. A pesar de existir esta propuesta definitoria de un organismo de gran envergadura y autoridad sanitaria, como la OMS, los distintos sistemas sanitarios y publicaciones no siempre se ajustan a la misma, y esbozan sus propias definiciones. (OMS, Mortalidad fetal y perinatal, 2005)

Muerte fetal es “Cualquier niño o niña que nació pesando por lo menos 501 g o 22 semanas de gestación, que no respiró ni manifestó algún otro signo de vida en algún momento después de nacer”, La muerte antes del parto se encuentra entre las patologías que se pueden presentar en el embarazo perjudicando al feto y por lo tanto constituye un drama al que la mujer, sus familiares y el personal de salud deben enfrentarse.

Factores de riesgo

Es toda característica observable en una persona, asociada a una probabilidad incrementada de experimentar un daño en su salud; su importancia consiste en que es observable e identificable antes de la ocurrencia del hecho que predice. La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

La presencia de ciertas características o atributos en el recién nacido o en su madre se asocian con un aumento de la probabilidad de muerte perinatal; por ello, es necesario seleccionar tempranamente los embarazos y recién nacidos de alto riesgo que permitan racionalizar la atención perinatal y concentrar los recursos en quienes más lo necesitan, con el fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera y con un método de trabajo que permita plantear programas preventivos y de control. (Schwarcz, Alto riesgo materno perinatal, 2010)

Etiología

La causa de la muerte fetal en un caso en particular habitualmente es compleja y muy difícil de definir. En la actualidad, no obstante los adelantos científicos, aún permanece desconocido su causa entre 17 y 33 % de los casos.

Sin embargo, aunque en la mayoría de las muertes fetales la causa definitiva puede no ser reconocida, es posible definir algunas categorías amplias. En aproximadamente la mitad del total de las muertes fetales, la causa inmediata es la hipoxia, la cual es 2 veces más frecuente como causa de muerte fetal intra parto que preparto. Según la estadística inglesa, las causas de muerte fetal más frecuentes desde el punto de vista anatómico patológico son: la asfixia, en aproximadamente en 40%, las malformaciones alrededor de 10% y la enfermedad hemolítica por Rh con 10%.

Desde el punto de vista clínico, las causas pueden ser numerosas y tener su origen en la madre o en el huevo.

Factores maternos asociados a la muerte fetal

Factores preconceptionales

Escolaridad, condición socioeconómica de la madre, para conocer el medio social en el que vive, estado nutricional de la madre antes del embarazo y antecedentes de tabaquismo, alcoholismo o toxicomanías.

Los antecedentes patológicos de la madre:

Diabetes, Cardiopatías, Nefropatías, son de sumo interés por la repercusión que tiene en el feto y en el neonato; de igual importancia son los antecedentes de abortos, partos prematuros o productos malformados, pues es mayor el riesgo de que vuelvan a presentarse en un embarazo ulterior.

Los factores socioeconómicos deficientes, señalados por analfabetismo, inadecuadas condiciones de vida, determinan el marco que caracteriza el entorno de las embarazadas.

Entre los factores del embarazo están la edad precoz, la multiparidad, el intervalo intergenésico menor de dos años y la ausencia de control prenatal.

Entre los factores del parto, se consideran eventos agudos, como la ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento de placenta normal inserta y sufrimiento fetal u otros trastornos que comprometan el riego placentario. (Joy, 2011)

Otra clasificación de factores de riesgos maternos.

1.- Locales:

- Fibromiomas uterinos.
- Anomalías uterinas.

- Hipertonía uterina.
- Posición supina de la paciente.

Todas estas causas pueden provocar disminución del flujo uteroplacentario e hipoxia.

2.- Sistémicas:

- Infecciones crónicas como sífilis, tuberculosis, paludismo, toxoplasmosis, brucelosis, listeriosis y citomegalovirus.
- Infecciones agudas como hepatitis, fiebre tifoidea y procesos pulmonares.
- Enfermedades del metabolismo (tiroides y diabetes).
- Enfermedad hipertensiva durante el embarazo.
- Incompatibilidad sanguínea (ABO y Rh).
- Cardiopatías.
- Nefropatías.
- Anemias.
- Ingestión de drogas teratogénicas (ejemplo citostáticos).
- Otras causas más raras son los traumatismos externos y accidentes del trabajo de parto y parto.

Cuadro clínico

Durante los primeros 4 meses del embarazo (período embrionario), los síntomas de muerte fetal son subjetivos y escasos: desaparición de los signos generales de embarazo como náuseas, vómitos y otros, así como detención del crecimiento del útero que puede advertirse por la palpación combinada. Durante el interrogatorio se conoce que los movimientos activos del feto han dejado de ser percibidos, simultáneamente puede haberse producido un escalofrío intenso. Las pacientes refieren la desaparición de los síntomas subjetivos de embarazo, como la tensión en los senos, la inapetencia y la sensación de tener un cuerpo extraño en el abdomen. Además, se reducen o desaparecen las várices y los edemas, y el vientre disminuye de tamaño. El estado general suele ser bueno,

inclusive mejor que antes. Si la muerte del feto se debe a un estado hipertensivo, la tensión arterial baja.

El psiquismo puede afectarse, si la paciente conoce la muerte del niño; el peso corporal puede disminuir cuando se realiza la inspección varios días después, se detecta que el volumen del vientre no se corresponde con el que debiera tener según el tiempo de embarazo. Al presionarse la mama puede extraerse calostro.

Con la palpación se determina que el útero es pequeño para el tiempo de gestación, que está en general blando y no es contráctil, aunque puede estar contracturado. La percepción de las partes fetales es poco clara y los polos son imprecisos. La cabeza fetal da a veces la sensación de crepitación (signo de Negri).

La medición permite comprobar la regresión del fondo del útero y la disminución del perímetro abdominal.

Al realizar la auscultación no se perciben los ruidos del corazón fetal. Pueden encontrarse soplos uterinos y ruidos hidroaéreos. Con frecuencia se advierte la transmisión intensa de los latidos aórticos, por la reabsorción del líquido amniótico (signo de Boero).

Mediante el tacto vaginal se detecta que la cabeza está mal acomodada y el peloteo fetal no se produce con facilidad; además puede apreciarse la crepitación ósea.

Diagnóstico

A menudo es la paciente quien primero sospecha la muerte fetal, por el cese de los movimientos fetales. Esto plantea 2 problemas fundamentales: determinar con seguridad la muerte fetal, y establecer la causa. En ocasiones no es fácil realizar

el diagnóstico de muerte fetal, se establece por los síntomas, el examen físico y una serie de exploraciones adicionales entre las que se encuentran la radiografía y la ecografía, el estudio del corazón fetal por ultrasonografía y electrocardiografía, la amnioscopia, amniocentesis y las determinaciones hormonales.

Se han descrito más de 20 signos radiológicos de la muerte fetal intrauterina. Estos signos no se desarrollan hasta el sexto o séptimo mes de embarazo, y no se observan si la muerte fetal es reciente. Más que signos de muerte fetal son signos de maceración, pero no son constantes y, además, algunos se pueden encontrar en fetos vivos.

Entre los signos más importantes se encuentran los que se mencionan a continuación.

1.- En la cabeza:

- El cabalgamiento de los huesos del cráneo (signo de Spalding) que ocurre entre 2 y 14 días después de la muerte fetal. Este signo requiere una osificación clara y especialmente útil entre las semanas 26 y 36 de gestación, pero no tiene significado luego del encaje del vértice.
- El aplanamiento de la bóveda (signo de Spangler).
- La asimetría cefálica (signo de Horner).
- Halo radiolúcido del cráneo fetal debido a la separación del panículo adiposo pericraneal y cuero cabelludo, que ocurre 2 a 4 días después de la muerte fetal (signo de Borell).
- Caída del maxilar inferior (signo de Brakeman).

2.- En la columna vertebral:

- La posición anormal de la columna cervicodorsal (hiperflexión, cifosis en un ángulo agudo e hiperextensión).
- El apelotonamiento fetal por pérdida de la conformación raquídea normal (ángulo agudo e hiperextensión).

3.- En el tórax:

- El colapso de la caja torácica con derrumbamiento de la parrilla costal.
- Gas en el corazón y sistema vascular fetal. Este es un signo muy confiable, pero es difícil de visualizar, ya que ocurre sólo en caso de muerte fetal en el tercer trimestre, y es transitorio (dura aproximadamente 2 semanas).

4.- En las extremidades: la incoordinación evidente de la posición de las extremidades conocida como "ensalada de huesos".

5.- Otros: feto nadador, derrumbe fetal, ausencia de cambios en la posición (en 2 tomas ultrasonográficas es posible valorar la muerte fetal en pocas horas y actitud fetal de flexión extrema.

Para algunos tiene valor la amniografía al demostrar la ausencia del material de contraste en el estómago e intestino fetal (falta de deglución).

También se pueden emplear exámenes complementarios para diagnosticar la muerte fetal.

Ecografía. Si este examen es positivo, puede sospecharse seriamente la muerte fetal. Los principales indicios son:

1. Ausencia del latido cardíaco.
2. Ausencia de movimientos fetales.
3. Achatamiento del polo cefálico y pérdida de la estructura fetal normal.
4. Halo pericraneal.
5. Falta de crecimiento fetal (biometría).
6. Contorno irregular del cráneo.
7. Múltiples ecos raros en la región del tronco y cráneo fetal.
8. Contornos mal definidos de la estructura fetal por penetración de líquido amniótico.

Amnioscopia. Aunque en la actualidad se utiliza poco puede revelar las modificaciones de coloración del líquido. En caso de que la muerte fetal sea reciente, dicho líquido puede estar teñido de meconio por el sufrimiento fetal; pero si la muerte data de 8 días o más puede mostrar una coloración sanguínea o achocolatada.

Amniocentesis transparietoabdominal. Es otra prueba que se utiliza poco en la actualidad, sólo en una época avanzada del embarazo. La presencia de meconio en el líquido amniótico no es una prueba de muerte fetal intrauterina, pero si se une a una clínica de muerte fetal, constituye un signo a favor del diagnóstico sospechado, así como también lo es un líquido de color pardo rojizo (signo de Baldi-Margulies).

Determinaciones hormonales. Algunas, como las pruebas biológicas cuantitativas (corio gonadotropina coriónica), no son seguras si el embarazo se encuentra en el último trimestre, ya que normalmente son bajas o casi siempre negativas.

Son bastante seguras las determinaciones de estrógenos en la orina de 24 horas, o en sangre, porque descienden rápidamente después de la muerte fetal. En el último trimestre son normales cifras de 16 mg de estriol en orina de 24 horas. Por debajo de 7 mg se puede afirmar la muerte fetal.

Alfafetoproteína. Disminuye con la muerte del feto, pero no da certeza.

Citología vaginal funcional. Muestra que disminuyen las células naviculares.

En la práctica médica se utilizan frecuentemente para predecir o vaticinar la muerte fetal las pruebas siguientes:

1. CTG simple anteparto e intraparto.
2. CTG estresado.

3. PBF (perfil biofísico).

En cuanto a determinar la causa de la muerte fetal, si no pudiera aclararse por el cuadro clínico y el examen anatomopatológico, debe buscarse ésta en una diabetes latente, un conflicto de grupo sanguíneo materno poco frecuente, así como sífilis, toxoplasmosis y listeriosis.

Evolución

Cuando se produce muerte fetal intrauterina, rápidamente comienza la degeneración del feto y de la placenta. En ausencia de membranas rotas e infección activa del feto, el líquido amniótico continúa siendo estéril. Debe evitarse la rotura de las membranas hasta que se haya establecido el trabajo de parto y el parto sea razonablemente inminente.

De otra forma puede promoverse la contaminación bacteriana de la cavidad amniótica, donde los productos de degeneración de proteínas sirven como un buen medio de cultivo. También debe tenerse en cuenta el mayor potencial de infección si se intenta la inducción del trabajo de parto por medio de la inyección intramniótica de prostaglandina, solución salina hipertónica y especialmente glucosa.

Aunque se produce trabajo de parto espontáneo en aproximadamente 75 % de los casos en las 2 primeras semanas posteriormente a la muerte fetal, y puede llegar a 90 % en las 3 semanas que siguen al óbito fetal, actualmente la espera de un trabajo de parto espontáneo es una elección que los obstetras prefieren menos, ya que se cuenta con mejores y más seguros medios de inducción del trabajo de parto. Además de que una vez establecido firmemente el diagnóstico de muerte fetal, cuestión que también en la actualidad es más seguro, la inducción alivia el sufrimiento de los padres y previene la posibilidad de coagulopatía y hemorragia materna asociada con una retención prolongada de un feto muerto.

Aunque en la actualidad es rara, creemos obligado describir las consecuencias de la retención.

Tratamiento

Es aconsejable que toda embarazada bajo la sospecha de muerte fetal, sea internada en un centro obstétrico adecuado y sometida a las investigaciones que permiten establecer firmemente el diagnóstico para evitar cualquier tratamiento precipitado.

Nada se opondría teóricamente a la espera de la expulsión espontánea con el control adecuado del nivel de fibrinógeno y del estado de coagulación de la sangre. Pero ni la paciente ni sus familiares pueden comprender que se le deje con un feto muerto en el útero. El estado psíquico que se desarrolla en la madre obliga a una conducta activa (la inducción del parto), que no origina perjuicios si es técnicamente correcta.

Cualquiera que sea el método empleado para evacuar el útero, siempre es necesario vigilar el nivel de fibrinógeno en la sangre y tener presente la posibilidad de accidentes hemorrágicos.

VII.- HIPOTESIS

Los factores maternos más importantes asociadas a la muerte fetal en este estudio fueron: madres procedentes del área rural, estado civil solteras, la mayoría primigesta, cursaban con un embarazo antes del término y patologías relacionadas a hipertensión y procesos infecciosos.

VIII.- DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, sobre los factores maternos asociados a la muerte fetal.

2. Universo y muestra: Todas las pacientes ingresadas en el Hospital José Nieborowski con diagnóstico de muerte fetal en el período comprendido entre el 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2015, para un total de 112 casos.

• Criterios de inclusión de casos:

- Muerte fetal en el período estudiado.
- Muerte fetal en pacientes atendidos en el hospital, independiente del área geográfica de procedencia.
- Muerte fetal independiente de la causa.

Criterios de exclusión de casos:

- Muerte fetal de pacientes trasladadas.
- Muertes fetales no ocurridas en el hospital.

3. Fuentes de Información:

La fuente de información fue de carácter secundario: expedientes clínicos de las pacientes y/o casos que egresaron en el Hospital José Nieborowski.

4. Variables

Caracterización socio demográficamente a las madres.

- ✓ Edad
- ✓ Escolaridad
- ✓ Procedencia
- ✓ Estado Civil

Antecedentes Gineco-obstétricos de las madres.

- ✓ Gestas
- ✓ Paridad

- ✓ Cesárea
- ✓ Aborto
- ✓ Período intergenésico
- ✓ Control prenatal
- ✓ Semanas de gestación

Antecedentes patológicos maternos.

- ✓ Tipo de Patologías maternas previas
- ✓ Tipo de Patologías durante el embarazo
- ✓ Días de estancia
- ✓ Vía de finalización del embarazo

Operacionalización de variables

Variables	Descripción	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento (años biológicos)	1. Menor de 19 años. 2. 20 a 34 años. 3. 35 a más.
Escolaridad	Grado académico alcanzado.	1. Iltrado 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico 5. Universitario 1.- Mayor riesgo 2.- Menor riesgo
Procedencia	Lugar de residencia habitual	1. Rural 2. Urbano.
Estado civil	Unión conyugal	1. Soltera 2. Casada/Acomp
Gestas	Número de embarazos previos	1. 0 2. 1 3. 2 - 3 4. 4 - 5 5. Otros 1.- Mayor riesgo 2.- Menor riesgo

Paridad	Número de partos previos	1.0 2.1 3.2 - 3 4. 4 – 5 5. Otros 1.- Mayor riesgo 2.- Menor riesgo
Cesáreas	Número de cesáreas previos	1.0 2.1 3.2 4.3 1.- Menor riesgo 2.- Mayor riesgo
Abortos	Número de abortos previos	1.0 2.1 3.2 4.3 1.- Menor riesgo 2.- Mayor riesgo
Período intergenésico	Tiempo transcurrido desde la finalización del embarazo anterior e inicio del actual	1. Menor de 1 año 2.1 – 2 años 3.3 – 4 años 4.5 años y más
Control prenatal	Número de controles que recibe la embarazada durante la gestación	1.0 2.1 3.2 4.3 5.4 y más
Semanas de gestación	Tiempo expresado en semanas transcurrido desde la fecha de la última regla hasta el ingreso hospitalario.	
Tipo de Patologías maternas previas	Patologías referidas por la pacientes previo al presente embarazo	1.Si 2.No ¿Cuáles?
Tipo de Patologías durante el embarazo	Patologías presente en el presente embarazo	1.Si 2.No ¿Cuáles?

Días estancia de	Días que un paciente permanece hospitalizado, numero reflejado en nota de evolución	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 – 3 días 2. 4 – 7 días 3. 8- 10 días 4. 11 días y mas
Vía de finalización del embarazo de	Vía utilizada para la finalización del embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1.Vaginal 2.Cesárea

5. Método o instrumento para recoger la información:

La técnica o método para la obtención de información se basó en la fuente secundaria, a través de un Instrumento de recolección de datos conteniendo las variables que permitieron darle cumplimiento a los objetivos descritos.

6. Métodos e instrumentos para analizar información (PLAN DE ANALISIS):

Una vez finalizado el período de recolección de los datos, mediante el análisis y completamiento del expediente clínico, estas fueron procesadas y analizadas utilizando el conjunto de paquetes del programa computarizado SPSS.

Sesgos y consideraciones éticas

Para el control de posibles sesgos se realizaron 2 acciones:

- 1.- Revisión de expedientes y llenado del instrumento se realizó por un equipo de apoyo conformado por 2 (dos) personas conocedoras del tema y no por el autor.
- 2.- La base de datos fue digitada en 2 momentos y comparadas para evitar errores en la digitación, además de cotejar algunas entrevistas con la base de datos para control de calidad.

Los resultados serán presentados a las autoridades hospitalarias y del SILAIS a manera de devolución de la información, con el fin de tomar decisiones tomando en cuenta los hallazgos encontrados.

IX.- RESULTADOS

Los resultados que se presentaran a continuación son los hallazgos encontrados al completar el instrumento a 112 expedientes clínicos de madres que estuvieron ingresadas en el Hospital José Nieboroswki entre el 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2015 y que egresaron con diagnóstico de muerte fetal.

Características socio demográficas de las madres.

En cuanto a la edad de las pacientes se encontró que en su mayoría fueron mujeres en el grupo de 20 a 34 años para un **65% (73/112)**, seguido de las menores de 20 años con el **20% (22/112)**, al analizar la escolaridad de las pacientes, la mayoría cursaron educación primaria **56% (63/112)**, así como secundaria en el **22% (25/112)**. **(Cuadros 1 y 2)**.

La mayoría de la madres del estudio pertenecían a la área rural **75% (84/112)**, así mismo encontramos que el **79% (88/112)** refieren ser solteras. **(Cuadros 3 y 4)**.

Antecedentes Gineco-obstétricos de las madres.

Al analizar el número de embarazos anteriores de las madres, se encontró que en su mayoría eran primigestas (primer embarazo) en el **33% (37/112)**, seguido del grupo de madres con 1 embarazo como antecedente **22% (25/112)**, llama la atención que el **9% (10/112)**, refieren 6 a más embarazos previos. **(Cuadro 5)**.

En cuanto al número de partos anteriores de las madres, la mayoría eran nulíparas en el **44% (49/112)**, seguido del grupo de madres con 2 partos **15% (17/112)**, el **10% (10/112)**, revela 6 a más partos. El **90% (101/112)**, no refieren cesárea anterior y el **8% (9/112)** tiene una cesárea previa, así como solamente el **9% (10/112)**, reporta 1 aborto previo. **(Cuadros 6, 7 y 8)**.

El **43% (48/112)** de las madres tienen un período intergenésico entre 3 y 4 años, seguido de las primigestas que no tienen período **(33% 37/112)** y el **21% (23/112)** refieren tener un período entre 1 y 2 años. **(Cuadro 9)**.

En cuanto a los controles prenatales recibidos durante su embarazo se encontró que la mayoría tiene 4 CPN (**23% 26/112**), así mismo encontramos que el **16% (18/112)** reporta tener 5 CPN, el **13 (14/112)** refiere no haberse realizado CPN, al agrupar la cantidad de CPN encontramos que el **55% (62/112)** se realizaron 4 o más CPN. **(Cuadro 10).**

El **50% (56/112)**, de las madres tenían un embarazo pre termino, el **27% (30/112)** embarazos inmaduros y a término el **21% (23/112)**, por lo que se puede observar que el **77% (86/112)** fueron embarazos antes del término. **(Cuadro 11).**

Antecedentes patológicos.

El **21% (24/112)**, de las madres refieren haber tenido una enfermedad previa al embarazo en estudio, siendo la HTA la que representa mayor porcentaje (**63% 15/24**), seguido de la obesidad con el **29% (7/24)**, RH- represento el **8% (2/24)**. **(Cuadro 12).**

Haber tenido una patología durante el embarazo represento el **37% (41/112)**, siendo en su mayoría las patologías relacionadas a la Vaginosis (**37% 15/41**), seguido de la preclampsia y eclampsia en el **27% (11/41)**, las IVU en el **22% (9/41)**. **(Cuadro 13).**

El **62% (69/112)**, su embarazo finalizó por la vía vaginal. **(Cuadro 14).**

X.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La edad de las madres en estudio fue mayor en el grupo de 20 a 34 años, coincidiendo con la edad ideal para un embarazo, a pesar de que el embarazo en adolescente va en aumento el porcentaje en este estudio es bajo (20%) en comparación con la media nacional que oscila entre el 25 y 30%, otro dato importante es la coincidencia en el nivel de escolaridad que en un poco más de la mitad de las madres prevalece la educación primaria, contradictorio a lo encontrado por Montenegro Roberto en su estudio sobre factores de riesgos asociados a mortalidad perinatal en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón, encontrando como factor de riesgo las adolescentes y el analfabetismo.

Se considera esperado el resultado de que la mayoría de las madres tengan una procedencia rural ya que a nivel urbano las posibilidades de acceso a servicio de salud privado o de seguridad social hace de que quienes más utilicen los servicios de salud públicos sean las personas del área rural, coincidiendo con nuestro estudio donde el 75% de las madres pertenecen al área rural.

A pesar de la edad de las madres sobrepasan los 20 años en su mayoría y que menos de un cuarto son adolescentes, era de esperar que el número de embarazos previos fuera 1 o más, encontrando algo contradictorio ya que el mayor porcentaje son primigestas (33%) y con 1 embarazo previo (22%).

De igual forma con el número de partos anteriores, donde la mitad de las madres eran nulíparas, aquí sumamos las primigestas, cesáreas y abortos anteriores, datos que eran esperados tomando en cuenta el número de embarazos previos de las madres.

A pesar de que el número de embarazos y partos previos son bajos, el período intergenésico es inadecuado ya que en su mayoría pertenecen al grupo de 3 a 4 años, lo cual es considerado como ideal para un próximo embarazo.

Es de esperar que posterior a la oferta de servicios de salud en los ESAFC y el trabajo realizado por los equipos de salud en búsqueda de las embarazadas y el control y seguimiento del censo gerencial, las embarazadas sean captadas de manera precoz para lograr realizar una evaluación de su situación de riesgo en el embarazo actual y que la cantidad de CPN realizados sean los ideales según las normas nacionales, en el estudio se encontró que el 55% tiene 4 o más controles, porcentaje que se esperaba fuera mayor como resultado del trabajo realizado en las comunidades, pero llama la atención que el 13% no recibió APN durante su embarazo.

Uno de los factores maternos que comúnmente está asociado a la muerte fetal es la edad gestacional debido a la inviabilidad del BB para estar fuera de la matriz uterina, dato que hemos confirmado encontrando que en su mayoría fueron embarazos antes del período a término, lo que disminuye la probabilidad de vida al nacer, en su mayoría la prematuridad está asociada a otros factores de riesgo como la preclampsia y los procesos infecciosos.

Toda patología previa o durante el embarazo es motivo de seguimiento ya que puede afectar el curso del embarazo, encontrando en el presente estudio que un pequeño porcentaje de madres reportan tener patologías previas y durante el embarazo, contradictorio con lo encontrado por Vásquez, N en su estudio sobre la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en el hospital materno infantil de la Universidad de Guayaquil, donde revela un porcentaje alto (45%) de madres con RPM que terminaron con una muerte fetal, asociando a patologías previas con la muerte fetal.

El índice de cesáreas en los últimos tiempos ha venido en aumento por diferentes criterios llegando a obtener cifras de hasta el 40% de índice, coincidiendo con lo encontrado en el estudio donde revelo que el 38% de los nacimientos fueron por vía cesárea.

XI.- CONCLUSIONES

La edad de las madres que predominó es el grupo de 20 a 34 años, así como la escolaridad primaria, procedencia rural y madres solteras.

La mayoría de las madres son primigestas y nulíparas y el período intergenésico fue mayor en el período de 3 a 4 años, lo cual no es lo ideal para un próximo embarazo.

Un poco más de la mitad de las madres tienen 4 o más CPN y el 13% no reporta Atención prenatal. El índice de cesáreas fue del 38% considerándose dentro del índice normal.

La mayoría de las pacientes cursaban con un embarazo antes del término, disminuyendo la probabilidad de vida al nacer y en su mayoría asociada a otros factores de riesgo como la preeclampsia y los procesos infecciosos.

El porcentaje de las patologías previas al embarazo y las patologías durante el embarazo fueron bajas y dentro de las patologías previas más frecuentes se destacan; la Hipertensión Arterial y la obesidad y como criterios de ingreso la preeclampsia y la Vaginosis.

Los factores de riesgos maternos encontrados en el estudio fueron, madres procedentes del área rural, estado civil solteras, la mayoría primigesta, cursaban con un embarazo antes del término y patologías relacionadas a hipertensión y procesos infecciosos.

XII.- RECOMENDACIONES

AL MINSA

Promover y enfatizar la importancia de una captación precoz de la mujer embarazada para el control prenatal en las unidades de salud y contribuir a la detección temprana de los posibles factores de riesgos para tomar medidas preventivas.

Cumplir lo establecido en las normas y protocolos MINSA para mejorar la atención de cada embarazada y evitar complicaciones que pongan en riesgo al binomio.

AL SILAIS

Creación de comisiones con función específica sobre el control estricto del cumplimiento de las Normas y Protocolos de un control prenatal con Calidad y Calidez junto con el conocimiento para el tratamiento y control de las patologías maternas y neonatales más frecuentes.

Impulsar capacitaciones permanentes al personal de salud que se encuentra en contacto directo de madre hijo.

AL HOSPITAL

Identificar cualquier factor de riesgo o signo de peligro que predispongan a una mortalidad neonatal y así disminuir la morbi-mortalidad en nuestro país.

Durante los controles prenatales la embarazada debe de tener evaluación por especialista en ginecoobstetricia al menos en su primer trimestre y antes de finalizado en embarazo.

Todas las embarazadas deben de tener un USG del primer trimestre o en el momento que se esté captando.

Realizar USG Doppler fetal a toda paciente con factores de riesgos en su embarazo.

Brindar un seguimiento continuo a todo aquella embarazada que presente cualquier factor de riesgo que ponga en peligro la vida del producto.

Evaluar periódicamente al personal médico y de enfermería en las atenciones primarias acerca de los CPN para verificar el cumplimiento de lo establecido en el manejo de estas paciente.

XIII.- BIBLIOGRAFIA

1. Borge Martínez, Universidad nacional autónoma de Nicaragua Facultad de ciencias médicas Unan-Managua, Hospital Bertha calderón roque, Factores de Riesgo de Muerte Fetal Tardía en Embarazadas Atendidas en el Hospital Bertha calderón roque en el período comprendido del 1de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2015.
2. Daniela, Shirley, Universidad Viener, facultad de ciencias de la salud escuela académico profesional de obstetricia, factores de riesgo en muerte fetal intrauterero en el hospital de apoyo maría auxiliadora: 2012.
3. Delgadillo Palma, María del Rosario, Factores de Riesgo de Muerte Fetal Tardía en Embarazadas Atendidas en el HEODRA, en el período comprendido de Enero 2008 a Diciembre 2011. Tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia.
4. El Compromiso con la supervivencia Infantil: Una Promesa Renovada, Informe sobre los progresos. UNICEF, Nueva York, Nueva York. UNICEF. (2009). El Estado Mundial de la infancia 2009.
5. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12, Informe Preliminar, 2013.
6. Joy E, Kinney M. Muerte fetal intrauterina. The Lancet; 2011.
7. Katy Xóchitl Trejo Valencia, Ávila Esquivel José Fernando. Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgos obstétricos.
8. Mauricio, Daniela Shirley, "Factores de riesgo en muerte fetal intrauterero en el hospital de Apoyo María Auxiliadora, 2005 – 2010, Universidad de Viener, Lima Perú 2015.
9. Montenegro, Roberto Ramón. Factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en adolescentes en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Julio del 2000 a Junio del 2002.
10. Muerte Fetal In Útero: Etiología y factores asociados en un Hospital Regional de Antofagasta, Chile 2007.

XIV.- ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION.

“Factores de riesgo materno asociados a la muerte fetal, en el Hospital
José Nieborowski - Boaco 2011 – 2015”.

I.- Caracterización sociodemográfica

1.- Edad__

a).- Menor de 19 años__ b).- 20 – 34 años__ c).- 35 años y mas__

2.- Escolaridad

a).- Iltrado__ b).- Primaria__ c).- Secundaria __

d).- Técnico e).- Universitario__

3.- Procedencia

a).- Rural__ b).- Urbano__

4.- Estado civil

a).- Soltera__ b).- Casada/ Acomp__

II.- Antecedentes Gineco-obstétricos de las madres.

5.- Gestas

a).- 0__ b).- 1__ c).- 2 - 3__ d).- 4 – 5__ e).- 6 y más__

6.- Para

a).- 0__ b).- 1__ c).- 2 - 3__ d).- 4 – 5__ e).- 6 y más__

7.- Cesáreas

a).- 0__ b).- 1__ c).- 2__ d).- 3__

8.- Abortos

a).- 0__ b).- 1__ c).- 2__ d).- 3__

9.- Período Intergenésico

a).- <de 1 año__ b).- 1–2 años__ c).- 3–4 años__ d).- 5 años y mas__

10.- Número de controles prenatales

a).- 0__ b).- 1__ c).- 2__ d).- 3__ e).- 4 y más__

11.- Semanas de gestación: _____

III.- Antecedentes patológicos y medidas terapéuticas.

12.- Patologías previas:

a) Si__ b) No__

¿Cuáles?

_____, _____, _____

13.- Patologías durante el embarazo:

a) Si__ b) No__

¿Cuáles?

_____, _____, _____

14.- Días de estancia hospitalaria: __

a) 1 – 3 días b) 4 – 7 días__ c) 8 – 10 días d) 11 días a más

15.- Vía de finalización del embarazo

a) Vaginal__ b) Cesárea__

ANEXO 2.
TABLA DE RESULTADOS.

Cuadro No :1

Edad de las Madres con muerte fetal

Edad en años	Frec	%
Menor de 20 Años	22	20
20 - 34 Años	73	65
35 Años y mas	17	15
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 2

Escolaridad de las Madres con muerte fetal

Escolaridad	Frec	%
Iletrada	16	14
Primaria	63	56
Secundaria	25	22
Técnica –Univers	8	7
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 3

Procedencia de las Madres con muerte fetal

Procedencia	Frec	%
Urbano	28	25
Rural	84	75
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB

Cuadro No: 4

Estado Civil de las Madres con muerte fetal

Estado Civil	Frec	%
Casada	24	21
Soltera	88	79
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 5
Número de embarazos previos de las Madres

Gestas	Frec	%
0	37	33
1	25	22
2	18	16
3	11	10
4	9	8
5	2	2
6	4	4
8	6	5
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 6
Número de Partos previos de las Madres

Para	Frec	%
0	49	44
1	17	15
2	16	14
3	11	10
4	8	7
5	1	1
6	4	4
7	2	2
8	4	4
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 7
Número de Cesáreas previas de las Madres

Cesáreas	Frec	%
0	101	90
1	9	8
2	2	2
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 8
Número de Abortos previos de las Madres

Abortos	Frec	%
0	102	91
1	10	9
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 9
Período Intergenésico de las Madres

Período	Frec	%
0	37	33
< 1 año	2	2
1-2 años	23	21
3-4 años	48	43
5 años y mas	2	2
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 10
Número de CPN de las Madres

CPN	Frec	%
0	14	13
1	6	5
2	15	13
3	15	13
4	26	23
5	18	16
6	13	12
7	1	1
8	3	3
9	1	1
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 11
Embarazos según semanas de gestación

Embarazos	Frec	%
Inmaduros	30	27
Pre términos	56	50
A término	23	21
Pos término	3	3
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 12
Patologías previas de las Madres

Patologías	Frec	%
HTA	15	63
Obesidad	7	29
RH-	2	8
Total	24	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 13
Patologías durante el Embarazo

Patologías	Frec	%
Anemia	2	5
Preclampsia/Eclampsia	11	27
HTA	4	10
IVU	9	22
Vaginosis	15	37
Total	41	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

Cuadro No: 14
Finalización del embarazo

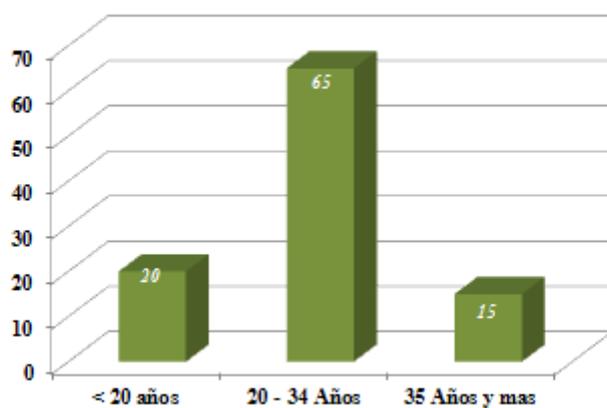
Vía	Frec	%
Vaginal	69	62
Cesárea	43	38
Total	112	100

Fuente de información: Estadísticas HJNB.

ANEXO 3.

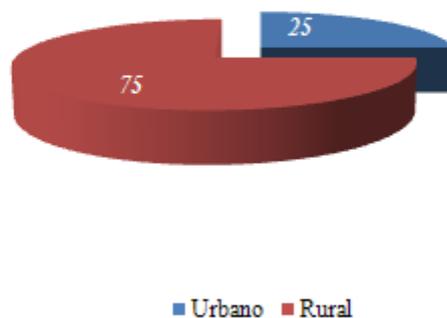
GRAFICOS DE RESULTADOS.

Grafico No 1: Edad de las Madres con muerte fetal



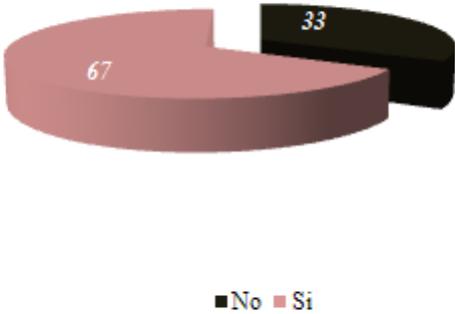
Fuente: cuadros 1

Grafico No 2: Procedencia de las Madres con muerte fetal



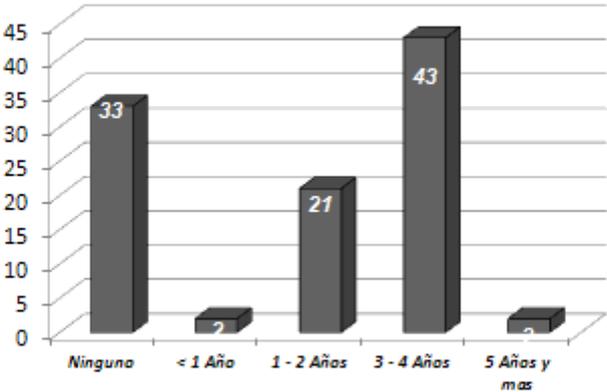
Fuente: cuadro 3

Grafico No 3: Embarazos previos de madres con muerte fetal



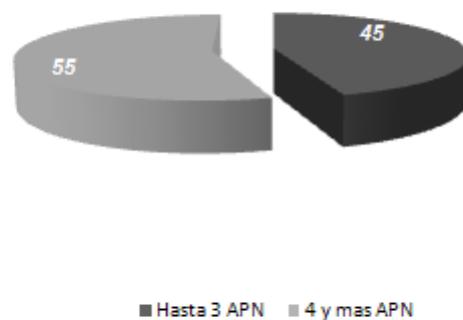
Fuente: cuadro 6

Grafico No 4: Periodo Inter-genésico de las Madres con muerte fetal



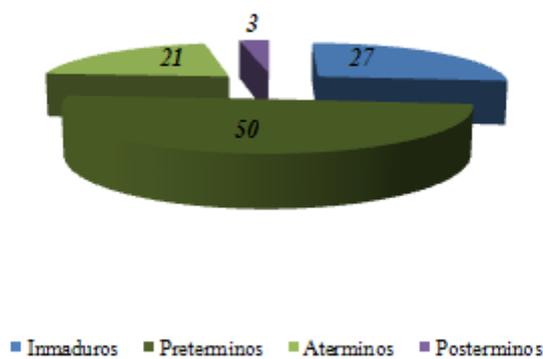
Fuente: cuadro 11

Grafico No 5: APN realizados a las Madres con muerte fetal



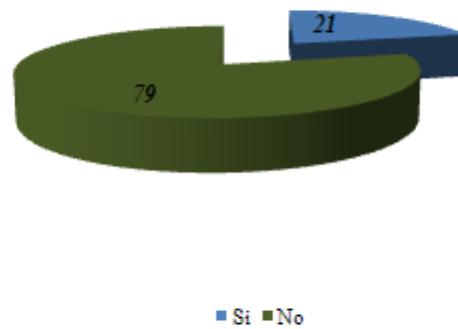
Fuente: cuadro 13

Grafico No 6: Embarazos según semanas de gestación en madres con muerte fetal



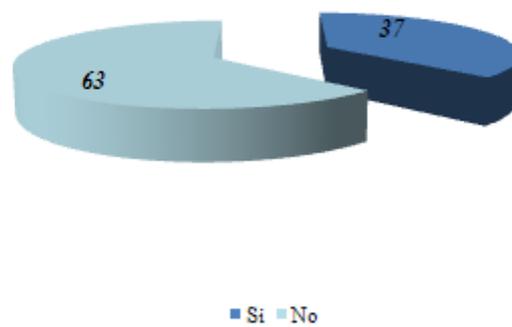
Fuente: cuadro 14

Grafico No 7: Patologías previas al embarazo de madres con muerte fetal



Fuente: cuadro 17

Grafico No 8: Patologías durante el embarazo en madres con muerte fetal



Fuente: cuadro 19

11. Pérez Escobar, Juanita y Ráudez Arosteguí, Aracely, Muerte fetal intermedia y tardía en Estelí 2010: frecuencia, caracterización, causas y factores de riesgo.
12. Perinatales y socioeconómicos asociados en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil. 2012. México .www.medigraphic.org.mx.
13. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 188 – Diciembre 2010. MUERTE FETAL INTRAUTERINA.
14. Roberto Ariel Vogelmann Salud en las Américas Panorama Regional y perfiles de país. Publicación Científica y Técnica, Organización Panamericana de la Salud, Nueva York,. Pardo Ghetti, E. D. 4 de 2008.
15. Rojas E, Salas K, Oviedo G et al. Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Óbito Fetal en dos Hospitales en valencia Venezuela en el año 2003. (Revista chilena de obstetricia y ginecología 2006)
16. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. *Obstetricia*. Alto riesgo materno-perinatal. 7ma ed. Buenos Aires: El Ateneo. 2010.
17. Vásquez moran, Nubia Anahí, frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en pacientes atendidas en el hospital materno infantil Dra. Matilde hidalgo de procel del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013, Universidad de Guayaquil, facultad de ciencias médicas escuela de obstetricia.
18. Williams. *Obstetricia*, 24 ed, Capitulo 35.