



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

Factores de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Para optar el Título Profesional de Licenciada en obstetricia

Tesista:

Cynthia Catherin Matos Cancho

Código Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-8745-8270>

LIMA – PERÚ

2021

Tesis

Factores de riesgo para muerte fetal intrauterina.

Línea de Investigación

Salud, enfermedad y ambiente

Asesor

Dr. Paul Rubén Alfaro Fernández

Código Orcid

<https://orcid.org/0000-0002-8745-8270>

Dedicatoria

Dedico mi tesis a mi madre Irma Cancho Quispe, por ser la persona más importante en mi vida. A mi padre Germán Matos Ramos, por siempre estar a mi lado apoyándome y a mi abuelo Francisco Cancho Rivera (Q.E.P.D.) que desde el cielo guía cada uno de mis pasos.

Agradecimiento

A Dios: Quien me brindó la gran dicha y oportunidad de estudiar y culminar esta hermosa carrera.

A mis padres: Por la labor de tantos años en formación, entrega, dedicación y amor para que pudiera lograr este objetivo.

A mi novio: Por ser siempre mi compañero y amigo, por su apoyo y motivación incondicional a seguir adelante y alcanzar mis sueños.

Asesor de tesis

Dr. Paul Rubén Alfaro Fernández

Jurados

PRESIDENTA

Dra. Sabrina Ynés Morales Alvarado

SECRETARIA

Mg. Vanessa Valdivieso Oliva

VOCAL

Mg. Bertha Nathaly Reyes Serrano

ÍNDICE

Portada.....	1
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Asesora de tesis.....	5
Jurados.....	6
RESUMEN.....	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Planteamiento del problema	¡Error! Marcador no definido.
1.2. Formulación del problema.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.1 Problema principal.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2 Problemas secundarios	¡Error! Marcador no definido.
1.3 Justificación	¡Error! Marcador no definido.
1.4. Objetivos.....	14
1.4.1. Objetivo general.....	14
1.4.2. Objetivos específicos.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes	14
2.1.1. Antecedentes internacionales	14
2.1.2. Antecedentes nacionales	22
2.2. Bases teóricas.....	24
2.2.1 Óbito fetal.	¡Error! Marcador no definido.
2.2.2 Etiopatogenia	24
2.2.3 Evolución anatómica del feto muerto.	25

2.2.4 Sintomatología y diagnóstico	27
2.3 Hipótesis.....	31
2.4.1 Hipótesis general	31
2.4.2 Hipótesis específicas:	31
2.4 Variables:.....	31
2.4.1 Variable Dependiente:	31
2.4.2 Variable Independiente:	¡Error! Marcador no definido.1
2.5 Operacionalización de variables.	¡Error! Marcador no definido.2
2.6 Definición de términos básicos:	33
CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO	33
3.1 Tipo de investigación	33
3.2 Ámbito de investigación:	34
3.3 Población y muestra.....	34
3.3.1 Criterios de selección	35
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.5 Plan de procesamiento y análisis de datos	36
3.6 Aspectos éticos	36
3.7 Dificultades y limitaciones del estudio	37
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
Anexo 01	62
Anexo 02	63

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las evidencias científicas sobre factores de riesgo de muerte fetal intrauterina. **Diseño:** El estudio fue una revisión sistemática cualitativa. **Ámbito de estudio:** El presente estudio se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos publicados en las diferentes bases de datos virtuales. **Sujetos de estudio:** Se consideró 38 artículos los cuales cumplieron los criterios de elegibilidad dentro del periodo de estudio del 2015 al 2020. **Instrumentación:** Para el estudio se utilizó el sistema Grade el cual nos permitió evaluar cada artículo. **Resultados:** El 32% de los estudios fueron de tipo casos y controles, el 43% de los estudios encontró asociación entre los factores de riesgo sociodemográfico y la muerte fetal y el 52% de evidencias científicas revisadas mostraron asociación entre los factores de riesgo obstétrico y la muerte fetal intrauterina, el 29% de los estudios reportó a la preeclampsia como principal factor de riesgo obstétrico asociado a muerte fetal, el 33% de los estudios reportaron que la educación primaria es un factor de riesgo sociodemográfico. **Conclusiones:** En el estudio los factores de riesgo obstétrico fueron la preeclampsia, malformaciones congénitas, la hemorragia del tercer trimestre, la diabetes mellitus y la anemia. Los factores sociodemográficos fueron nivel de educación primaria, edades extremas y situación sentimental soltera.

Palabras clave: Factor de Riesgo Obstétrico, Sociodemográfico, Muerte Fetal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the scientific evidence on risk factors for intrauterine fetal death. **Design:** The study was a qualitative systematic review. **Scope of study:** The present study carried out an exhaustive search of scientific articles published in the different virtual databases. **Study subjects:** 38 articles were considered which met the eligibility criteria within the study period from 2015 to 2020. **Instrumentation:** The Grade system was used for the study, which allowed us to evaluate each article. **Results:** 32% of the studies were cases and controls, 43% of the studies found an association between sociodemographic risk factors and fetal death, and 52% of the reviewed scientific evidence association between obstetric risk factors and intrauterine fetal death, 29% of the studies reported preeclampsia as the main obstetric risk factor associated with fetal death, 33% of the studies reported that primary education is a sociodemographic risk factor. **Conclusions:** In the study the obstetric risk factors were preeclampsia, congenital malformations, third trimester hemorrhage, diabetes mellitus and anemia. Sociodemographic factors were primary education level, extreme ages, and single relationship status.

Keyword: Obstetric Risk Factor, Sociodemographic, Fetal Death.

I. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al óbito fetal como “la muerte fetal que ocurre en un embarazo tardío (> 28 semanas)”. Se estima que ocurren alrededor de tres millones de muertes fetales intra útero anualmente en todo el mundo. En países desarrollados la tasa de muertes fetales intra útero es menor a la registrada en pacientes de países en vías de desarrollo; en Estados Unidos se estima una tasa de 3.2 por cada 1 000 nacimientos de óbito temprano y 3.1 por cada 1 000 nacimientos de óbito tardío. Es importante reconocer que, en países en vías de desarrollo, estas complicaciones se relacionan con un control y vigilancia del embarazo más deficiente. En estos países se estima que la incidencia va desde 0.5 a 1.2% de los embarazos, una cantidad bastante elevada.¹

En un estudio realizado por la OMS se identificaron los factores de riesgo y causas para mortalidad fetal. Las principales causas obstétricas fueron: el parto prematuro (34%), la asfixia intraparto (21%), la inmadurez (26%), la asfixia o hipoxia en el parto (26%) y las infecciones (23%).²

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) menciona que cada día se producen más de 7300 casos de Muerte Fetal Intrauterina (óbito fetal), justo en el momento en que los padres esperan la llegada al mundo de un hijo. Cada uno de estos casos constituye la historia personal de una familia devastada por la muerte de un niño. El estudio pone en evidencia que la muerte fetal intrauterina ha sido ignorada por parte de las políticas sanitarias, en todo el mundo es necesario se realicen acciones y políticas sanitarias, tanto para las madres como para los perinatos.³

La UNICEF menciona que en Latinoamérica se reporta 2,6 millones de muertes perinatales de los cuales 1 millón de estos niños, su primera y su última respiración se produjo el mismo día en que nacieron. Cada una de estas muertes supone una tragedia social, sobre todo si se tiene en cuenta que la mayor parte de ellas se

podría haber evitado. Las causas más frecuentes fueron: la prematuridad, complicaciones durante el trabajo de parto o el parto e infecciones como sepsis, meningitis y neumonía.⁴

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace mención que en los países de América Latina las causas obstétricas relacionadas con la muerte fetal son: la prematuridad (28%), la asfixia al nacer (23%), las infecciones (23%) y las anomalías congénitas (8%).⁵

En el estudio realizado por Lawn JE y col., menciona que la mayor frecuencia de óbito fetal se da en países de bajos y medianos recursos económicos. Es así que a nivel de Latinoamérica la mortalidad fetal tardía es aproximadamente 10 de cada 1000 nacidos. En el año 2015 se reportó 18,4 muertes tardías por cada 1000 nacidos, al comparar con el año 2000 que fueron 24,7, en donde se observa que existe una notable reducción de la mortalidad fetal tardía (óbito fetal). Para mejorar la salud materna se ha propuesto acciones en varios países a nivel mundial con la finalidad de reducir la tasa a <12 muertes fetales (óbito fetal) de cada 1000 nacimientos para el 2030.⁶

El Ministerio de Salud en su Boletín Epidemiológico menciona que óbito fetal se define como la defunción fetal de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos. La muerte fetal está indicada por el hecho que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria. Hasta setiembre del año 2019 se han notificado 721 defunciones fetales, las que se han reducido en 25% comparado al mismo periodo 2018 cuando se notificaron 964 defunciones. Loreto, Lima Sur, Luciano Castillo y Jaén muestran un discreto incremento de defunciones fetales. Por otro lado, 8 de cada 10 defunciones fetales ocurren en el último trimestre de la gestación, 13 de cada 100 defunciones fetales ocurren durante el trabajo de parto y la complicación más frecuente fue la hipoxia intrauterina causante de la defunción feta, 17%.⁷

Un estudio realizado en el Instituto Materno Perinatal por Dávila C, Mendoza A., describe que las principales causas de óbito fetal fueron: malformaciones congénitas (48.6%), infecciones (23.1%), asfixia y/o evento hipóxico severo

(10.7%) y prematuridad (11.4%). Las principales malformaciones encontradas son las del sistema nervioso, aparato digestivo y cardiovascular.⁸

El Hospital Hipólito Unánue es un establecimiento de salud de nivel III-1 y pertenece a la Dirección de Salud Lima Este, el cual ocupa una extensión construida de 15,161 m². Para el año 2019 se han reportado 64 muertes fetales de las cuales el 61% tuvieron peso < 2000 gr., y las principales causas fueron la prematuridad y la infección.⁹

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las evidencias científicas de la relación entre factores de riesgo para muerte fetal intrauterina?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Cada año se reportan millones de casos de muerte fetal Intrauterina (óbito fetal) dichos casos no son aceptados por las políticas sanitarias a nivel mundial debido a que no está considerado en los datos de recopilación de las Naciones Unidas. En tal sentido el presente estudio tiene como propósito hacer una revisión sistemática de las características epidemiológicas de la muerte fetal intrauterina.

Los resultados obtenidos serán de beneficio para los profesionales de la salud y la sociedad; ya que se logrará identificar las características epidemiológicas de la muerte fetal intrauterina, el obstetra tendrá la evidencia necesaria para poder implementar medidas preventivas frente a este problema.

El profesional obstetra debe garantizar la atención prenatal oportuna basada en el cuidado integral de la salud de la gestante, asegurando así, el empoderamiento de las mujeres frente a su gestación con la finalidad de disminuir la morbimortalidad perinatal.

El aporte del presente estudio a nivel práctico permite que el profesional de salud realice actividades preventivas para lograr la disminución de las muertes fetales, se requiere seguir realizando investigaciones de tal manera que se pueda crear estrategias para prevenir, dado es el caso, el desarrollo del presente estudio tiene como finalidad contribuir con un sustento científico para futuras investigaciones.

A nivel nacional, los estudios sobre óbito fetal son muy insipiente de tal manera que todo el esfuerzo realizado para prevenir dicho problema tiene gran impacto en el desarrollo de la salud materna y favorece la literatura existente.

En el aspecto metodológico el estudio aportará una información científica el cual quedará a disposición de futuros investigadores a nivel nacional e internacional. Por otro lado, la metodología utilizada en el presente estudio facilitará a futuros investigadores a identificar las características epidemiológicas de la muerte fetal intrauterina.

1.4. OBJETIVOS

3.4.1 Objetivo General

- Evaluar las evidencias científicas sobre factores de riesgo de muerte fetal intrauterina.

3.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las evidencias científicas que demuestran la asociación entre los factores de riesgo obstétrico y muerte fetal intrauterina.
2. Identificar las evidencias científicas que demuestran la asociación entre los factores de riesgo sociodemográfico y muerte fetal intrauterina.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Rodríguez L, Eunice F, López A., en el año 2020 en Brasil, realizaron un estudio titulado “Evaluación de los comités para la prevención de muerte fetal”, cuyo objetivo fue identificar las causas de muerte fetal. El estudio fue de tipo descriptivo

prospectivo transversal. Los resultados fueron la frecuencia de muerte fetal fue del 5.3%, la causa más frecuente fue la hipertensión gestacional 30.6%. Los autores concluyen que la prevención de la muerte fetal requiere de políticas y técnicas eficientes en los municipios.¹⁶

Olaya M, Ortega R, Moreno O., en el año 2019 en Colombia, realizaron un estudio sobre “Las características fenotípicas de los fetos sometido a autopsia”, cuyo objetivo fue describir las características fenotípicas de los fetos muertos. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo transversal. Los resultados encontrados fueron la edad gestación promedio fue de 25 semanas, la causa directa fue la malformación congénita 65%. El estudio concluye es necesario identificar el desarrollo morfológico de los fetos durante la gestación.¹⁷

Mendoza J, García A, Hernández L, et al., en el año 2019 en México, realizaron un estudio titulado “Riesgo de muerte fetal tardía”, donde se tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a las complicaciones del embarazo. El tipo de estudio fue observacional. El resultado encontrado en las gestantes con óbito fetal tardía presentó IMC mayor a 24, tabaquismo 9% y diabetes mellitus 15%. Los autores concluyeron que los factores de riesgo potencializan la muerte fetal tardía.¹⁸

Armas M, Santana M, Elías K., en el año 2019 en Cuba, realizaron un estudio titulado: “Mortalidad fetal por enfermedad de la Membrana Hialina” donde se tuvo como objetivo: determinar la relación de la membrana hialina y la mortalidad fetal. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal. El resultado fue que la enfermedad de la membrana hialina tuvo una letalidad del 11% y que la mayor población fueron varones con 55.8% que se encontraban entre la semana 31 y 34 semanas de gestación y tenían un peso entre 1.500 – 1.999 g. El estudio concluyó que la letalidad aumenta a medida que la edad gestacional y el peso al nacer disminuyen.¹⁹

Vanalda S, Pires C, Cantanhede A., en el año 2019 en Brasil, realizaron un estudio sobre las “Tendencias de los óbitos fetales por malformación congénita”, donde el objetivo fue describir las tendencias de los óbitos fetales por malformación congénita. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal. Los resultados fueron: la tendencia de óbito fetal es de 6.99%, la frecuencia de malformación congénita en los óbitos fetales fue del 5.13%, la edad gestacional

más frecuente fue a las 25 semanas de gestación. El estudio concluye que la vigilancia adecuada de los fetos podría disminuir los casos de óbito fetal.²⁰

Ovalle A, Valderrama O, Alvarado J., en el año 2019 en Chile, realizaron un estudio sobre “Las condiciones obstétricas relevantes de la muerte fetal” cuyo objetivo fue determinar las condiciones obstétricas relevantes de la muerte fetal. La metodología utilizada fue un estudio de tipo de casos y controles. Los resultados encontrados fueron la prevalencia de óbito fetal fue del 8.5 por cada 1000 nacidos. Las causas que tuvieron asociación significativa fueron la infección bacteriana, anomalía congénita, patologías de la placenta y la asfixia durante el parto. El estudio concluye los resultados encontrados permite elaborar guías para prevenir las causas.²¹

Marabotti L, García F, Alves P, Regina L., en el año 2019 en Brasil, realizaron un estudio sobre la “Implicancia de la violencia y la mortalidad fetal”, cuyo objetivo fue describir los efectos de la violencia contra la mujer y la mortalidad fetal. El estudio fue una revisión sistemática de tipo descriptivo. Los resultados fueron la frecuencia de mortalidad fetal por causa de violencia materna fue del 25% en el total de la población. El estudio concluye que la violencia durante la gestación tiene repercusiones letales en el feto.²²

Goncalves R, Brigagao J, Silva M, et al., en el año 2019 en Brasil, realizaron un estudio titulado “Factores asociados a óbito fetal en un hospital público”, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a óbito fetal. La metodología fue de tipo exploratorio descriptivo y retrospectivo. Los resultados fueron la muerte fetal estuvo presente en fetos entre 28 y 37 semanas, el peso de la mayoría de los fetos fue superior a 2000 g y las patologías predominantes fueron los síndromes hipertensivos. El estudio concluye que el síndrome hipertensivo son factores asociados para muerte fetal.⁵⁷

Martínez P, Palmar A, Solís M, et al., en el año 2018 en España, realizaron un estudio titulado “Proceso de atención en el parto en la muerte fetal tardía”, cuyo objetivo fue describir la evidencia sobre la muerte fetal tardía. El estudio fue de tipo revisión. Los resultados encontrados fueron que existieron causas para muerte fetal como malformaciones congénitas y síndrome hipertensivo. El estudio concluye que la muerte fetal tiene un impacto en la sociedad.⁵⁸

Beltramo P, Gutiérrez C, Rodríguez M., en el año 2018 en Uruguay, realizaron un estudio sobre “La mortalidad prenatal”, cuyo objetivo fue describir las patologías causantes de la muerte fetal. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo. Los resultados fueron que la edad promedio fue de 15 años, el estado civil fue soltera, ocupación su casa, el 17% de los óbitos fetales fueron por causa genética, el 20% fueron por infecciones congénitas. En el 90% de las muertes fetales se encontró lesiones placentarias el cual fue el responsable. El estudio concluye la gran mayoría de los casos de muertes fetales podrían ser prevenibles.²³

Hernández A, Jiménez F., en el año 2018 en Costa Rica, realizó un estudio sobre “El óbito fetal y el uso de oxitocina”. El objetivo fue determinar la relación el uso de la oxitocina y el óbito fetal. El estudio fue una revisión sistemática de tipo cohorte. Los resultados encontrados fueron el 0.5% de las gestantes que utilizaron oxitocina tuvieron óbito fetal, no se encontró asociación estadística entre uso de la oxitocina y el óbito fetal. El estudio concluye que es necesario seguir realizando estudios para determinar la relación entre ambas variables.²⁴

Gemita M, Escudero C, en el año 2017 en Chile, realizaron un estudio titulado “Análisis de los factores de riesgo de muerte fetal”, cuyo objetivo fue analizar los factores sociodemográficos asociados a muerte fetal. El estudio fue de tipo casos y controles. Los resultados fueron la tasa de mortalidad fetal fue de 5,8 por mil nacidos vivos, los factores de riesgo fueron prematuridad y malformaciones congénitas. El estudio concluye que existen factores de riesgo para mortalidad fetal.⁵⁹

Oliverira M, Frias G, Bonfim C, et al., en el año 2017 en Brasil, realizaron un estudio sobre “Evaluación del óbito fetal”, cuyo objetivo fue controlar la vigilancia de los óbitos fetales. El estudio fue una revisión sistemática de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal. Los resultados encontrados muestran una frecuencia del 11% de mortalidad fetal, la edad gestacional promedio fue de 27 semanas. El estudio concluye que la vigilancia fetal debe ser considerada prioritario en el control prenatal.²⁵

Huerta O, Pérez S, García A, et al., en el año 2017 en México, realizaron un estudio titulado “Factores asociados con muerte fetal” donde se tuvo como objetivo identificar factores asociados con la muerte fetal. El tipo de observacional. El resultado encontrado demuestra que la causa de muerte fetal se debe a las

anormalidades en la placenta (37.2%), malformaciones congénitas (22%) e infecciones bacterianas (10%). Los autores concluyeron que existe asociación entre los factores de riesgo y el óbito fetal.²⁶

Dentella L., en el año 2017 en Uruguay, realizó un estudio titulado “Óbito fetal en gestante con cesárea anterior” donde se tuvo como objetivo identificar la frecuencia de óbito fetal en gestantes con cesárea anterior. El tipo de estudio fue de tipo observacional. Los resultados encontrados muestran una frecuencia del 5% de óbitos fetales en gestantes con cesárea anterior. Las causas de la cesárea fueron por hemorragia, ruptura placentaria o retención del óbito. El estudio concluyó que la frecuencia de óbito fetal fue del 5%.²⁷

Zevallos S, Villar S, Ramos C, et al., en el año 2017 en España, realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal intraparto”, donde tuvieron como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad fetal. El estudio fue de tipo analítico retrospectivo de corte transversal de diseño cohorte. Encontrando los siguientes resultados, la mortalidad fetal se presentó en 11,3%, el 63,1% de los casos tuvieron mortalidad fetal y se produjo antes de las 32 semanas de gestación. La mortalidad fetal intraparto fue del 2,6%, los factores de riesgo fueron edades extremas, situación sentimental soltera, la ausencia del control prenatal, anemia durante el embarazo y la preeclampsia severa. Donde concluye que el factor de riesgo asociado a esta resulta de gran interés clínico y epidemiológico para optimizar el cuidado perinatal y aumentar la supervivencia del recién nacido.²⁸

Lima L, Chaves C, Gomes E, en el año 2017 en Brasil, realizaron un estudio titulado “Análisis de la situación de salud: la mortalidad fetal”, cuyo objetivo fue describir la situación real de la mortalidad fetal. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo transversal. Los resultados encontrados fueron el 52% de muertes fetales se dio en gestantes con edad menor a 30 años, la principal causa de mortalidad fetal fue la hipoxia intrauterina 38%. Los autores concluyen que la mortalidad fetal es frecuente primigestas, fetos con bajo peso y la complicación fue la hipoxia intrauterina.²⁹

García D, Estrada J, Proenza L. en el año 2017 en Cuba, realizaron un estudio sobre “Infección vaginal en gestantes y su relación con la mortalidad perinatal”, el objetivo del estudio fue identificar la relación entre la infección vaginal y la

mortalidad perinatal. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo transversal. Los resultados fueron los agentes patógenos más comunes reportados fueron la *Candida albicans* y tuvo relación con la muerte fetal. El estudio concluye que existe una asociación significativa entre las infecciones vaginales y la mortalidad perinatal.³⁰

Redondo K, Gómez G, Barrios L, et al., en el año 2016 en Colombia, realizaron un estudio titulado “Identificación de las causas de muerte fetal en una institución hospitalaria”, el objetivo de su estudio fue describir las causas de las muertes fetales en una institución hospitalaria. El estudio fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, no experimental. Encontrando los siguientes resultados, la edad promedio fue de 22 años, el 32% tuvieron estudios de nivel secundaria incompleta, el 51% fueron trabajadoras de fábricas, el 44,7% tuvieron insuficiencia placentaria, el 18.6% presentó alteraciones relacionadas con el líquido amniótico, el 12% fueron por causas fetales y el 2,8% no tuvieron explicación. Donde concluye que la principal causa fue la insuficiencia placentaria.³¹

Menezzi A, Figueiredo I, Lima E., en el 2016 en Brasil, realizaron un estudio sobre “Vigilancia del óbito fetal”, el objetivo fue identificar las causas de óbito fetal. El estudio fue de tipo casos y controles. Los resultados fueron la edad estaba comprendido entre 18 a 29 años, el 69% de óbito fetal no presentó factor de riesgo, el 7.7% de las causas de óbito fetal fueron la hipertensión gestacional, 3.8% fueron la diabetes gestacional y el 3.8% fue la infección del tracto urinario. El estudio concluye que existe una alta frecuencia de óbito fetal y una baja información al respecto.³²

Lima J, Oliveira J, Takano O., en el año 2016 en Brasil, realizaron un estudio sobre los “Factores asociados a óbito fetal”, en donde el objetivo fue determinar los factores asociados a óbito fetal. El estudio fue de tipo casos y controles. Los resultados encontrados fueron los factores asociados a muerte fetales son la educación materna baja, antecedente de muerte fetal, trastornos hipertensivos (14%). El estudio concluye que los factores asociados a muerte fetales son totalmente evitables.³³

Tinedo M, Santander F, Ávila J, et al., en el año 2016 en Venezuela, realizaron un estudio titulado “Muerte fetal: caracterización epidemiológica”, el objetivo de su estudio fue conocer las características epidemiológicas de la muerte fetal. El

estudio fue retrospectivo, descriptivo, no experimental. Encontrando los siguientes resultados: el 85% de las muertes fetales tuvieron edad gestacional entre 32 a 36 semanas, el 59% fueron del sexo masculino, el 41% tuvieron síndrome anémico, el 12% fueron por causas de malformaciones fetales, el 42% fueron por hemorragias en el tercer trimestre y el 25% tuvieron peso menor a 2000 gramos. En donde concluye que la principal causa de muerte fetal son las hemorragias durante la gestación.³⁴

Meire S, Mazotti Z, Ferreira H., en el año 2016 en Brasil, realizaron un estudio sobre “La incidencia de óbitos fetales en una región de Paraná”, el objetivo del estudio fue identificar las causas de óbito fetal en la región de Paraná. El estudio fue de tipo descriptivo prospectivo transversal. Los resultados encontrados reportan que la mortalidad fetal es más frecuente en fetos de sexo masculino con peso entre 500 a 1499 g., la edad gestacional estuvo comprendida entre 28 a 36 semanas, la baja escolaridad de la madre estuvo relacionado con la muerte fetal. El estudio concluye que el óbito fetal no es muy estudiado en tal sentido debe darse la importancia en términos de salud pública.³⁵

Mantilla J, Contreras F, Duarte J., en el año 2016 en Colombia, realizaron un estudio sobre “La importancia del estudio de la placenta en fetos muertos”, el objetivo fue describir las causas de mortalidad fetal. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal. Los resultados encontrados fueron la edad promedio fue de 25 años, el estado civil fue conviviente, ocupación su casa, la edad gestacional promedio fue de 28 semanas. Las causas más frecuentes fueron la hipoxia fetal 46%, insuficiencia placentaria 17%, infarto placentario, malformaciones congénitas 18%, infección bacteriana 16%. El estudio concluye que las causas de óbito fetal asociadas a muerte fetal podrían ser detectables y manejadas a tiempo.³⁶

Vásquez V, Torres C, Torres G, et al., en el año 2016 en Cuba, realizaron un estudio titulado “Muertes fetales tardías en la provincia de Cienfuegos”, tuvieron como objetivo identificar los factores asociados a la muerte fetal tardía. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal. Donde se encontró los siguientes resultados, la frecuencia del óbito fetal fue 6,38%. La causa desconocida predominó en el estudio, seguidamente de la enfermedad hipertensiva del embarazo 24%, las gestantes obesas 15% y la insuficiencia placentaria 31%.

Donde concluyen que la mortalidad fetal en mayor frecuencia es de causa desconocida.³⁷

Vásquez V, Torres C, Torres G, Rodríguez M, en el año 2016 en Cuba, realizaron un estudio sobre “Las muertes fetales”, cuyo objetivo fue identificar los factores desencadenantes de muerte fetal. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo transversal. Los resultados fueron: la frecuencia de la muerte fetal fue del 6.38%, las causas asociadas a la muerte fetal fueron de origen desconocido, hipertensión gestacional, diabetes y malformaciones congénitas. El estudio concluye que la mortalidad fetal fue elevada en la provincia de Cienfuegos.³⁸

González M., en el año 2016 en Costa Rica, realizaron un estudio sobre la “La pérdida gestacional”, en donde tuvo como objetivo de describir las características de las gestantes con pérdida gestacional. El estudio fue tipo casos y controles. Los resultados encontrados fueron que las causas de muerte fetal intrauterina fueron las malformaciones congénitas (60%) y las otras causas de origen multifactorial tuvieron una frecuencia del (40%). El estudio concluye la primera causa de muerte fetal fue las malformaciones congénitas siendo estadísticamente significativa.³⁹

Ovalle A, Fuentes A, Chacón V, Espinoza C., en el año 2016 en Chile, realizaron un estudio sobre “Muerte fetal según condición obstétrica”, donde tuvieron como objetivo identificar las condiciones obstétricas para mortalidad fetal. El estudio fue una revisión sistemática de tipo cohorte. Los resultados encontrados fueron las causas que originaron la mortalidad fetal fueron infecciones bacterianas (26%), preeclampsia (19%), malformaciones congénitas (12%) y el 50% de los fetos muertos presentó retardo de crecimiento intrauterino. El estudio concluye que las causas aumentan el riesgo de muerte fetal.⁴⁰

Vivas M, Cuberos M, Vera M., en el año 2016 en Colombia, realizaron un estudio titulado: “Mortalidad fetal en madres adolescentes y adultas” donde se tuvo como objetivo determinar la prevalencia de mortalidad fetal en madres en adolescencia y adultas. El tipo de estudio fue retrospectivo, analítico, comparativo y correlacional. El resultado de la mortalidad fetal en madres adolescentes fue del 10% y en madres adultas fue del 18.6%. El estudio concluyó que la mortalidad fetal se encuentra presente en aquellas madres adolescentes como adultas lo que indica que es un problema de salud pública.⁴¹

Rocha D, Nepomuceno G, Gazzinelli A., en el año 2015 en Brasil, realizaron un estudio sobre “La mortalidad fetal en Mina” el objetivo fue identificar los factores asociados a la falta de estudios sobre óbito fetal. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal. Los resultados fueron la frecuencia de óbito fetal fue del 22%, existió una interferencia técnica, política para la elaboración de los estudios. El estudio concluye que debe darse la importancia necesaria a las causas de óbito fetal.⁴²

Cunha A, Nascimento I., en el año 2015 en Brasil, realizaron un estudio sobre “Mortinato: Revisión sistemática”, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de mortinatos. El estudio fue una revisión sistemática de tipo observacional. Los resultados demuestran que los diferentes estudios muestran una frecuencia entre 2 al 8% de óbitos fetales, las causas reportadas con frecuencia fueron la hipertensión gestacional y diabetes gestacional. El estudio concluye que es importante considerar el estudio de la mortalidad fetal.⁴³

Dutra I., en el año 2015 en Brasil, realizó un estudio sobre “Vigilancia de la muerte fetal en la región de Minas Gerais”, cuyo objetivo fue evaluar la muerte fetal. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. Los resultados muestran una prevalencia de muerte fetal del 11% de las cuales no fueron reportadas a los municipios. El estudio concluye que es necesario realizar estrategias de prevención de la muerte fetal en las familias de Minas Gerais.⁴⁴

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Chan L, Reyes L., en el año 2019 en Perú, realizaron un estudio titulado “Análisis de la mortalidad perinatal en Lima Norte”, tuvieron como objetivo determinar la brecha de oportunidades para la reducción de la mortalidad perinatal. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal de diseño epidemiológico. Resultados: la edad estuvo comprendido entre 20 a 24 años (42%), el estado civil fue soltera (51%), tuvieron estudios de secundaria completa (60%). Las causas más frecuentes fueron: el desprendimiento prematuro de placenta, síndrome hellp y la asfixia fetal. En donde concluye que la mortalidad perinatal requiere de oportunidades y estrategias para su reducción.¹⁰

Chan L, Reyes L, Aparco J, Tejada P., en el año 2019 en Perú, realizaron un estudio sobre la “Mortalidad perinatal en Lima Norte”, tuvieron como objetivo determinar las brechas de la mortalidad perinatal. El estudio fue de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal. Los resultados encontrados fueron para el distrito de independencia fue de cada 100 nacimientos hubo 6 perinatos muertos. El estudio concluye que es fundamental tomar medidas en la disminución de la mortalidad perinatal.¹¹

Jiménez S., en el año 2019 en Perú, realizó un estudio sobre “Causas de mortalidad perinatal”, cuyo objetivo fue identificar las causas de mortalidad perinatal. El estudio fue de tipo observacional. Los resultados fueron la tasa de mortalidad feta fue de 14%. Las causas fueron: asfixia fetal, infecciones y malformaciones congénitas siendo estadísticamente significativas. El estudio concluye que la principal causa de mortalidad perinatal fue las infecciones y malformaciones.¹²

Martínez A, Vargas J, Mini E., en el año 2019 en Perú, realizaron un estudio sobre los “Factores asociados a muerte fetal”, el objetivo fue determinar los factores asociados a muerte fetal. El estudio fue de tipo casos y controles. Los resultados encontrados fueron: las gestantes que tuvieron óbito fetal tuvieron educación primaria, de ocupación trabajadora y preeclampsia estuvieron asociados a mortalidad fetal. El estudio concluye que los factores están asociados a muerte fetal.¹³

Reyna E, Rondón M., en el año 2018 en Perú, realizaron un estudio titulado “Muerte fetal intrauterina”, tuvieron como objetivo identificar el factor de riesgo para muerte fetal intrauterina. El estudio fue de tipo cohorte. Donde se encontró los siguientes resultados, la edad estuvo comprendida entre 20 a 35 años, el estado civil soltera, de ocupación su casa, la frecuencia de mortalidad fetal intrauterina fue de 1 a 7%. La edad gestacional en que ocurre la muerte fetal intrauterina fue entre las 34 a 36 semanas 45%. Los factores de riesgo son la edad de la gestante, enfermedad hipertensiva del embarazo y las hemorragias del tercer trimestre. Donde concluye que la mortalidad fetal intrauterina se presenta entre 1 a 7% en embarazos de 34 a 36 semanas.¹⁴

Lacunza R, Ávalos J., en el 2015 en Perú, realizaron un estudio titulado “Muerte fetal única en la gestación”, donde tuvieron como objetivo describir las

características de la muerte fetal única. El estudio fue una revisión sistemática de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal. Donde se encontró los siguientes resultados: el 49% de las mujeres que tuvieron óbito fetal la edad estuvo comprendida entre 30 a 35 años, el estado civil fue conviviente 57%. La causa predominante de la muerte fetal fue el síndrome de hellp 69%. Donde concluye la causa predominante de la mortalidad fetal fue el síndrome de hellp.¹⁵

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1 Óbito Fetal

La muerte fetal se define como aquella que ocurre después de las 22 semanas de gestación o con un peso fetal mayor a 500 g, cuando la edad gestacional no es segura.⁴⁵

2.2.2 Etiopatogenia

Las causas de óbito fetal son múltiples, entre ellas tenemos a las de origen ambiental, materno, ovular o fetal, y en parte desconocidas. Durante el embarazo el feto puede morir por:⁴⁶

- a) **Reducción o Supresión de la Perfusión Sanguínea Uteroplacentaria:** Originada por hipertensión arterial inducida o preexistente a la gestación, cardiopatías maternas, taquicardias paroxísticas graves o hipotensión arterial materna por anemia aguda o de otra causa.⁴⁷

- b) **Reducción o supresión del aporte de oxígeno al feto (en ausencia de contracciones uterinas, con tono uterino normal y sin compromiso de la perfusión uteroplacentaria):** Puede ser causada por alteraciones de las membranas del sinciotrofoblasto, infartos y calcificaciones de la placenta, hematomas retroplacentarias y placenta previa: circulares apretadas, nudos, torsión exagerada y procidencias o prolapsos del cordón umbilical; eritroblastosis fetal por isoimmunización RH; anemia materna crónica grave o inhalación materna de monóxido de carbono, o por otros factores.⁴⁷

- c) **Aporte Calórico Insuficiente:** Puede ocasionarse por una desnutrición materna grave.⁴⁸
- d) **Desequilibrio del metabolismo:** Alteración de los glúcidos y acidosis por diabetes materna grave o descompensada.⁴⁸
- e) **Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis:** Intervienen virus, bacterias, parásitos a través de las membranas ovulares de la placenta al feto.⁴⁸
- f) **Intoxicaciones maternas:** Las ingestas accidentales de mercurio, plomo, benzol, DDT, etcétera.⁴⁸
- g) **Traumatismos:** Pueden ser directos al feto o indirectos, a través de la madre. El que más importancia está adquiriendo es el directo por abuso o mala técnica en la aplicación de los métodos invasivos para explorar la vitalidad y madurez fetal, en particular la cordocentesis.⁴⁸
- h) **Malformaciones Congénitas:** Son alteraciones incompatibles con el crecimiento y desarrollo fetal (Cardiacas, del encéfalo, etc.).⁴⁹
- i) **Alteraciones de la Hemodinámica Fetal:** Como puede suceder en los gemelos univitelinos (Feto Transfusor).⁵⁰
- j) **Causas Desconocidas:** En estos casos es común encontrar en los antecedentes de la madre otros óbitos fetales generalmente acontecen cercanos al término. Se ha denominado a este cuadro muerte habitual del feto.⁵⁰

2.2.3 Evolución Anatómica del Feto Muerto y Retenido

Dada la dificultad que tuvieron los estudios anatomopatológicos en establecer el momento exacto de la muerte fetal (in útero) las edades gestacionales que separan las etapas descritas a continuación son aproximadas.⁵⁰

Momificación: Sobreviene cuando el feto muere entre la 9ª y la 22ª semana de gestación (3-5 meses). Si permanece retenido durante varias semanas, por su volumen y constitución ya no se absorbe y entonces se momifica. Toma color gris y una consistencia de tipo masilla. La placenta se decolora y la caduca se espesa. Si en este periodo muere un gemelo, se momifica y aplana por la compresión producida por el crecimiento progresivo del que sigue vivo).⁵⁰

Maceración: Ocurre cuando la muerte fetal tiene lugar en la segunda mitad de la gestación (aproximadamente a partir de 23 semanas o 6to mes) De acuerdo con la permanencia en el útero, se describen tres etapas de la maceración que permite, según las lesiones existentes, fijar aproximadamente los días transcurridos desde la muerte fetal.⁵¹

- **Primer Grado (2° a 8° días de muerto y retenido).** Los tejidos se embeben y ablandan, y aparecen en la epidermis flictenas que contienen un líquido serosanguinolento.
- **Segundo Grado (9° a 12° días de muerto y retenido).** El líquido amniótico se torna sanguinolento por la ruptura de las flictenas y grandes ampollas de la epidermis. Se observa por amnioscopia o por examen directo del líquido obtenido por amniocentesis. La epidermis se descama en grandes colgajos y la dermis adquiere un color rojo (feto sanguinolento). Las suturas y tegumentos de la cabeza comienzan a reblandecerse, con la consiguiente deformación.⁵¹
- **Tercer Grado (A partir de 13 días de muerto y retenido).** La descamación afecta la cara. Los huesos del cráneo dislocan y te da al tacto la sensación de un saco de nueces. Hay destrucción de los glóbulos rojos e infiltración de las vísceras y de las cavidades pleurales y peritoneales. La placenta y el cordón umbilical sufren la misma transformación. El amnios y corion son muy friables y adquieren finalmente, un color achocolatado. Con el tiempo, si el feto no se elimina, el proceso de autólisis puede excepcionalmente conducir a la y petrificación del feto. Si el saco ovular está íntegro, el proceso es generalmente aséptico. La infección de la cavidad ovular con las membranas íntegras es posible, aunque poco frecuente.⁵¹

Si las membranas se rompen puede contaminar la cavidad uterina. La colonización de gérmenes conduce a un proceso de putrefacción y se llenan de gases.⁵¹

2.2.4 Sintomatología y Diagnóstico.

Examen Clínico:

- 1) **Signos Funcionales.** La embarazada deja de percibir los movimientos activos nítidos de los días precedentes. En los días que siguen, las molestias u otros síntomas y signos (náuseas, vómitos, hipertensión, albuminaria, etc.), si existían, se atenúan o desaparecen.⁵²
- 2) **Signos Focales.** En los senos se produce secreción de calostro. Frecuentemente existen pequeñas pérdidas sanguíneas oscuras por la vagina. A la palpación el feto se hace menos perceptible a medida que transcurren los días y forma una masa blanda única, sin diferencias de consistencia. En la maceración avanzada la cabeza crepita como un saco de nueces (Signo de Negril).⁵²

La auscultación fetal es negativa, dato que adquiere mayor valor cuando se opone a la buena percepción de los latidos en exámenes anteriores. Los latidos aórticos maternos se auscultan con acentuada nitidez debido a la reabsorción del líquido amniótico (signo de Boero).⁵²

La Altura Uterina detiene su crecimiento a incluso, si la reabsorción del líquido amniótico es grande, puede disminuir. Por el tacto se comprueba que la consistencia del cuello aumenta a medida que pasan los días como consecuencia de la caída hormonal (Estrógenos). A través del fondo de saco se torna difícil individualizar partes fetales. Todos estos signos adquieren valor si se comprueban en exámenes repetidos.⁵²

Signos Paraclínicos que ayudan al diagnóstico.

Ecografía: La ventaja de este método reside en la precocidad con que se puede establecer el diagnóstico de la muerte fetal de manera exacta. Con los equipos de tiempo real se observa.⁵³

- a) Ausencia de latido cardiaco (visible desde la 6-8 semanas de gestación según sea la técnica utilizada) y del aórtico.

- b) Ausencia de movimientos (Embrionarios o fetales). Con estos equipos o con los estáticos se ven, además, los mismos signos que detecta la radiología en la gestación avanzada.

Radiología: Cuando no se dispone de la ecografía, es útil para el diagnóstico a partir de la segunda mitad del embarazo. La sombra esquelética se torna pálida y poco nítida. Se destacan tres signos clásicos:⁵³

- a) Deformación del Cráneo: Ocurre por la licuefacción del cerebro y por ello tarda más días en insinuarse. Es típico el acentuado desalineamiento de sus huesos y en particular el cabalgamiento de los parietales (signo de Spalding). Puede haber aplanamiento de la bóveda (signo de Splangler) y asimetría craneal (signo de Horner). La caída del maxilar inferior, así como la aureola pericraneana no asegura muerte fetal.
- b) La notable curvatura y torsión de la columna producida por la maceración de los ligamentos espinales.
- c) La presencia de gas en el feto, vísceras y grandes vasos (Signo de Robert).

Líquido Amniótico: Es de utilidad para el diagnóstico a partir de la segunda mitad del embarazo. Se puede obtener por vía vaginal si las membranas ovulares de la madre se encuentre alterado. Esto último es suficiente para inducir todos los partos con feto muerto lo antes posible.⁵³

Niveles Hormonales de la Madre: En general los resultados de las determinaciones hormonales son de ayuda para el diagnóstico, pero no confirman la muerte fetal. Estos niveles disminuyen progresivamente a medida que pasan los días luego de la muerte del feto.⁵³

Las determinaciones de los estrógenos, progesterona, somatotropina, etc., para ser tenidas en cuenta, deben estar muy por debajo de los valores mínimos considerados para la edad gestacional.⁵³

Después de la muerte fetal, la placenta puede continuar produciendo gonadotrofinas coriónicas por algunas semanas más. Por ello, las reacciones de laboratorio para el diagnóstico precoz del embarazo.⁵⁴

Diagnóstico Etiológico: Ante una muerte fetal durante la gestación es necesario determinar la causa en interés de los padres y con el objeto de prevenir este accidente. Además de investigar las causas mencionadas al comienzo de este apartado, la necropsia del feto y el estudio de la placenta, cordón y membranas ovulares proporcionan datos de valor fundamentalmente cuando la autólisis cadavérica no exhibe un grado avanzado.⁵⁴

Estudio de la placenta: La placenta debe ser remitida en un frasco (sin alguna fijación en formaldehído) y junto con el feto.⁵⁴

El examen de la placenta incluye:⁵⁵

- Inspección y estudio de las membranas ovulares: completas o incompletas identificando el sitio de ruptura y el color.
- Superficie fetal: identificar el color y tono de la superficie amniótica, así como también la disposición de los vasos de la placa coriónica y la presencia de trombosis vasculares.
- Cara materna: establecer e identificar si está completa o no, si existen signos de hemorragia retroplacentario, o si existe depósitos excesivos de fibrina.
- Tras la inspección indicada en los puntos anteriores, las membranas ovulares y el cordón umbilical se separan. Se deberá hacer la toma de muestra de las membranas, posteriormente se determinará la longitud y el diámetro del cordón umbilical, así como también el tipo de inserción (marginal, central, velamentosa, excéntrica), la presencia de nudos, edema, color, trombosis y el número de vasos. Se recomienda tomar un mínimo de dos muestras para histología.
- Se establecen las medidas (dos diámetros y el espesor) y el peso placentario, así mismo esta deberá compararse con el esperado para la edad gestacional.
- La placenta deberá ser fragmentada en cortes perpendiculares de 1 cm de espesor, examinando sutilmente la superficie de corte.
- Se deberá hacer la descripción sobre la presencia de infartos, hematoma intervellósario, exceso de fibrina, presencia de corangiomas, etc.

- Se deberá tomar como mínimo 3 muestras del parénquima placentario, así mismo estos deberán incluir la placa coriónica, la decidua materna y el parénquima placentario.
- Se deberá documentar por medio de fotografías las anomalías macroscópicas.
- El peso de la placenta (sin membranas o cordón) se deberá comparar con los valores esperados para la edad gestacional de la Madre. Los valores inferiores al percentil 10 corresponden con placentas pequeñas para la edad gestacional, mientras que valores superiores al percentil 90 son grandes para la edad gestacional.

2.2.5 Evolución

Si la causa que determina la muerte fetal es un traumatismo, generalmente se produce un hematoma retro placentario y se puede desencadenar el trabajo de parto. La expulsión prematura es igual a la del feto vivo. Cuando la causa es otra, la muerte del feto, no conduce de inmediato al trabajo de parto y entonces queda retenido, para ser expulsado después de algunos días semanas o meses, en el 80% de los casos el feto muerto es despedido dentro de un lapso de 15 días siguientes al deceso.⁵⁵

2.2.6 Conducta ante el Diagnóstico de Óbito fetal

Información y soporte emocional

La muerte fetal constituye un suceso traumático tanto para los padres como para el entorno familiar, por ello es de vital importancia el apoyo y comprensión que se llega a brindar de parte de los profesionales quienes son los encargados de salvaguardar la salud de la madre.⁵⁵

Es recomendable establecer una comunicación abierta y sincera con los padres, haciendo uso de un lenguaje sencillo y sin tecnicismos, prevaleciendo el apoyo emocional hacia los padres. Hay que valorar las etapas del duelo: etapa de shock, etapa de búsqueda y añoranza, etapa de desorganización y etapa de reorganización.⁵⁵ Es importante que los profesionales sean capaces de detectar tempranamente las posibles alteraciones en el transcurso del duelo, de tal forma establecer estrategias oportunas para prevenir y disminuir la incidencia de

morbilidad psicológica.²⁵ Algunas estrategias para disminuir la morbilidad psicológica son:⁵⁵

- Proporcionar información clara, precisa y comprensible hacia los padres.
- Proporcionar soporte emocional tanto a los padres como a la familia, durante el parto e ingreso.
- Reafirmar la existencia del recién nacido y la realidad de su muerte.
- Contribuir a la información oportuna a la familia de las causas de la muerte del Bebe.
- Proporcionar apoyo psicológico activo a los padres y a la familia.

2.3. HIPÓTESIS

H1: Existen evidencias suficientes de los factores sociodemográficos y obstétricos y muerte fetal intrauterina.

HO: No existen evidencias suficientes de los factores sociodemográficos y obstétricos y muerte fetal intrauterina.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variable Dependiente

- Muerte fetal intrauterina.

2.4.2. Variable Independiente

- Factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos.

2.5. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Muerte fetal intrauterina	Cuantitativo	Muerte fetal entre 22 a 41 semanas	Defunción fetal antes de su expulsión.	Nominal
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Factores de riesgo	Cuantitativo	Sociodemográficos	Escolaridad Ocupación Procedencia Consumo de alcohol tabaco Violencia de género	Nominal
	Cuantitativo	Obstétricos	Control prenatal, paridad, gestaciones, antecedente de óbito fetal, índice de masa corporal, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, preeclampsia, síndrome de hellp, diabetes y malformaciones congénitas.	Nominal

2.6. Definición de términos básicos.

- a. **Óbito fetal:** Se define como aquella que ocurre después de las 22 semanas de gestación o con un peso fetal mayor a 500 g, cuando la edad gestacional no es segura.⁵⁰
- b. **Adolescente:** Se define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.⁵⁰
- c. **Adulta:** Hace referencia a un individuo con una edad mayor o igual a 20 años que ha alcanzado su pleno desarrollo orgánico, incluyendo la capacidad de reproducirse.⁵¹
- d. **Riesgo materno:** Se define como el conjunto de características sociales de una población que influyen de manera positiva o negativa sobre la salud del individuo.⁵¹
- e. **Riesgo Obstétrico:** Se define como el conjunto de toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una gestante de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.⁵²
- f. **Malformaciones Congénitas:** Son alteraciones incompatibles con el crecimiento y desarrollo fetal.⁵³

III. DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El siguiente estudio es una revisión sistemática cualitativa en donde se identifica diferentes estudios del mismo tema y con un fin común.⁵⁶

Es cualitativa porque utilizaremos criterios sobre el tipo de diseño utilizado y el grado de asociación con un puntaje preestablecido por el autor de acuerdo a los criterios de Grade.

3.2. Ámbito de la Investigación

Para la elaboración del estudio se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos científicos publicados en las diferentes bases de datos virtuales, también se consideró las revistas indexadas.

Para el estudio se consideró los siguientes artículos que cumplan las siguientes características: estudios de tipo analítico observacional, correlacional, los cuales brindaron la información científica sobre los aspectos epidemiológicos de la muerte fetal intrauterina.

3.3. Población y Muestra

Población

El presente estudio estuvo conformado por 105 artículos a nivel nacional como internacional publicados en un periodo de 5 años (2015- 2020), en las diferentes bibliotecas virtuales tales como: Lilacs, Elsevier, Scielo, Pubmed, Cochrane, Ebsco y Sciencedirect.

Muestra

En el presente estudio se consideró 38 artículos los cuales cumplieron los criterios de elegibilidad dentro del periodo de estudio del 2015 al 2020.

En el presente estudio el tipo de muestreo fue no probabilístico intencionado.

3.3.1. Criterios de selección:

1. Artículos originales.
2. Artículo que cuente con el resumen de la investigación en español, inglés y portugués.
3. Artículos publicados entre el 2015 al 2020.
4. Artículo completo.

Criterios de exclusión:

1. Artículos incompletos.
2. Proyectos, tesis, monografías y tesinas.

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

El desarrollo del presente estudio tiene tres etapas

Primera etapa: En esta etapa se procedió a realizar la búsqueda de la información en las diferentes bibliotecas virtuales: Scielo, Pubmed, Lilacs, Elsevier, Cochrane y Scimedirect. Los artículos incluidos en el estudio estuvieron publicados en el periodo del 2015 al 2020.

Para realizar la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: “intrauterine fetal death” “norte fetal intrauterina” “Muerte fetal intrauterina” “Óbito Fetal” “perinatal death” “morte perinatal”.

Segunda etapa: Luego se continuó con la depuración de los artículos mediante la evaluación del resumen se consideró estudios que tuvieron pertinencia con el estudio, para la redacción se utilizó la siguiente información de los artículos: el año de la publicación, tipo y nivel de estudio aquellos, los resultados y la conclusión.

Tercera parte: En esta última etapa a partir de los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión se procedió a elaborar una descripción narrativa que contenga los resultados más resaltantes como también aquellos estudios que realizaron consideraron el análisis inferencial.

3.5. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los artículos seleccionados serán evaluados utilizando los criterios cualitativos de Grade con una tabla que permita calificar cada uno de los artículos de acuerdo a su grado ya sea alto, moderado, bajo y muy bajo teniendo en cuenta un puntaje establecido por el autor donde se analizan el tipo de estudio y la fuerza de asociación con sus significancias estadísticas de los resultados obtenidos.

Luego se colocan en una tabla de valoración que vaya de la calificación más alta a la más baja, y se mencionan al final en una tabla que factores son los que más se han encontrado con los criterios utilizados tanto sociodemográficos como obstétricos. Luego de dicha presentación se compararán en la discusión cuáles son las diferencias con estudios de revisión sistemática tanto cualitativos como de metaanálisis y así llegar a las conclusiones respondiendo a los objetivos planteados.

3.6. Aspectos Éticos

El estudio contempló los siguientes aspectos éticos:

- Se tuvo en cuenta el principio de beneficencia porque el estudio aportó estadística actualizada que sirva de soporte para futuras investigaciones.

- Transparencia en las fuentes de datos de donde se obtienen los estudios y en la no modificación de los resultados.

3.7. Dificultades y limitaciones del estudio

El estudio presentó algunas limitaciones cabe resaltar los siguientes:

- Pocos artículos publicados en el ámbito nacional.
- Revistas virtuales con acceso restringido.
- Estudios incompletos.
- Problemas en el acceso al internet por el tráfico en la web.
- Poca disponibilidad por el investigador por las múltiples actividades que realiza.

RESULTADOS

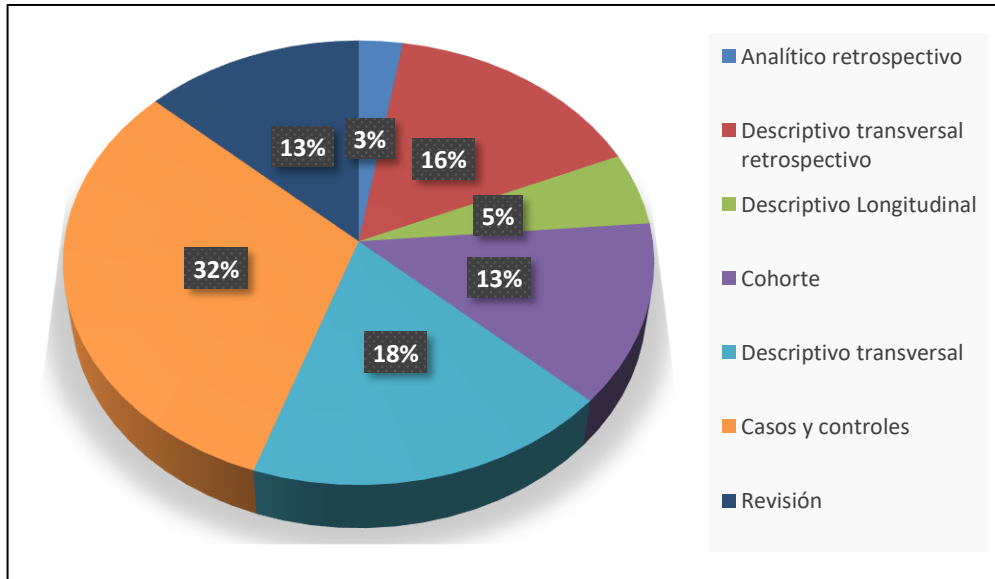
Tabla N°01 Clasificación del nivel de evidencia según el sistema GRADE

Calidad de evidencia científica	N° de estudio	Diseño del estudio	Limitación del diseño:	Evidencia fuerte que aumenta la calidad
Moderada 6 a 7	14	Estudio de tipo cohorte	Con uno solo control - 2	Fuerte asociación +1
	22	Estudio de tipo cohorte	Con uno solo control - 2	No existe asociación
	40	Estudio de tipo cohorte	Con varios controles -1	Aumenta en riesgo +1
	24	Estudio de tipo cohorte	Con uno solo control - 2	No existe asociación
	28	Estudio de tipo cohorte	Con uno solo control - 2	Fuerte asociación +1
Baja 4 a 5	17	Estudio de tipo casos y controles.	Importante -1	No existe asociación
	13	Estudio de tipo casos y controles.	Con uno solo control - 2	Fuerte asociación +1
	25	Estudio de tipo casos y controles.	Muy importante -1	Fuerte asociación +1
	38	Estudio de tipo casos y controles.	Importante -1	Fuerte asociación +1
	21	Estudio de tipo casos y controles.	Con varios controles -1	Aumenta el riesgo +1
	26	Estudio de tipo casos y controles.	Con varios controles -1	Fuerte asociación +1
	41	Estudio de tipo casos y controles	Con uno solo control - 2	Fuerte asociación +1
44	Estudio de tipo casos y controles.	Importante -1	No existe asociación	

	32	Estudio de tipo casos y controles.	Con uno solo control - 2	No existe asociación
	33	Estudio de tipo casos y controles.	Con uno solo control - 2	Fuerte asociación +1
	59	Estudio de tipo casos y controles.	Importante -1	Fuerte asociación +1
	31	Estudio de tipo casos y controles.	Con varios controles -1	Fuerte asociación +1
Muy baja 2 a 3	10	Estudio de tipo observacional	Muy importante - 2	No existe asociación
	11	Estudio de tipo observacional	Importante -1	No existe asociación
	15	Estudio de tipo revisión	Importante -1	No existe asociación
	16	Estudio de tipo observacional.	Muy importante - 2	Esurio si no hay efecto observado
	12	Estudio de tipo observacional.	Con varios controles -1	Aumenta en riesgo +1
	20	Estudio de tipo observacional.	Muy importante - 2	Esurio si no hay efecto observado
	23	Estudio de tipo observacional.	Importante -1	No existe asociación
	18	Estudio de tipo observacional	Importante -1	Aumenta el riesgo +1
	29	Estudio de tipo observacional.	Importante -1	Esurio si no hay efecto observado
	34	Estudio de tipo observacional.	Muy importante - 2	No existe asociación
	35	Estudio de tipo observacional.	Importante -1	No existe asociación
	19	Estudio de tipo observacional	Con uno solo control - 2	Aumenta el riesgo +1
	43	Estudio de tipo revisión	Importante -1	No existe asociación
27	Estudio de tipo revisión	Muy importante - 2	No existe asociación	

	57	Estudio de tipo observacional.	Importante -1	Existe asociación +1
	58	Estudio de tipo revisión	Muy importante - 2	No existe asociación
	36	Estudio de tipo observacional	Importante -1	No existe asociación
	30	Estudio de tipo observacional.	Importante -1	No existe asociación
	39	Estudio de tipo revisión	Muy importante - 2	No existe asociación
	37	Estudio de tipo observacional.	Importante -1	No existe asociación
	42	Estudio de tipo observacional.	Importante -1	No existe asociación

Figura N°01 Tipo de investigaciones revisadas en el periodo 2015 al 2020



En la figura N°01 se observa los estudios revisados en la presente revisión sistemática en donde se encontró que el 32% de los estudios fueron de tipo casos y controles, el 18% de los estudios fueron de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal, el 16% de los estudios fueron de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal, el 13% de los estudios fueron de tipo cohorte, el 13% de los estudios fueron de tipo revisión sistemática, el 5% fueron de tipo descriptivo longitudinal y el 3% de los estudios fue de tipo analítico retrospectivo.

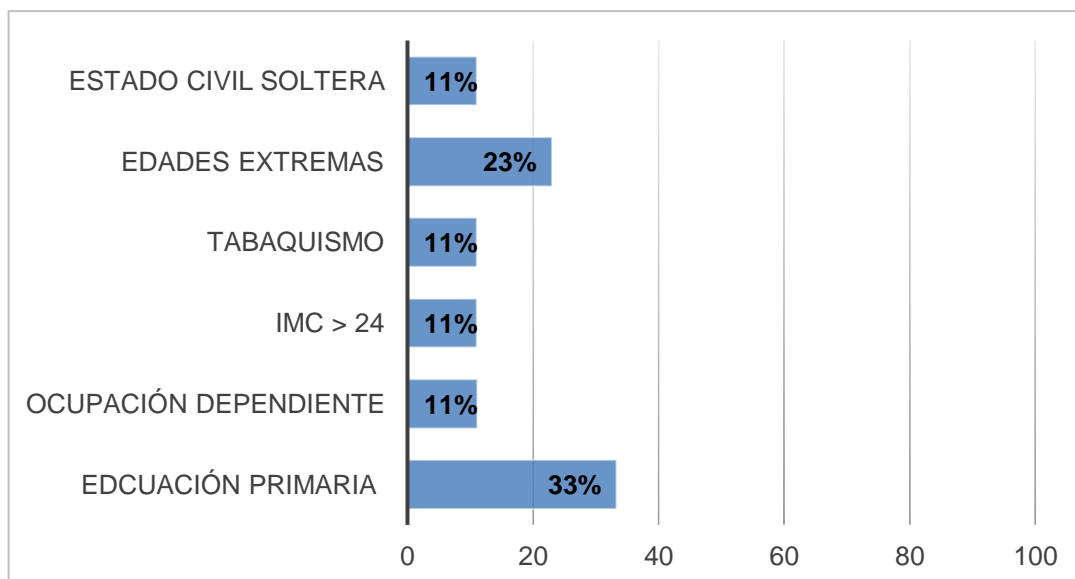
Tabla N°02 Evidencias científicas que demuestran la asociación entre los factores de riesgo sociodemográficos y muerte fetal intrauterina

Autor	Objetivo	Resultados	Conclusión
Chan, L. Reyes, L. / 2019	Determinar la brecha de oportunidades para la reducción de la mortalidad perinatal	La edad estuvo comprendida entre 20 a 24 años (42%), el estado civil fue soltera (51%), tuvieron estudios de secundaria completa (60%).	No se evidenció asociación.
Martínez, A. Vargas, J. Mini, E. / 2020	Determinar los factores asociados a muerte fetal	OR= 4.3 existe significancia IC= 95% Los factores de riesgo fueron educación primaria, de ocupación trabajadora.	Existen factores de riesgo sociodemográficos .
Reyna, E. Rondón, M. / 2018	Identificar el factor de riesgo para muerte fetal intrauterina	Los resultados fueron la edad estuvo comprendida entre 20 a 35 años, el estado civil soltera, de ocupación su casa	La edad fue factor de riesgo para muerte fetal.
Lacunza, R. Ávalos, J. / 2015	Describir las características de la muerte fetal única	El 49% de las mujeres que tuvieron óbito fetal la edad estuvo comprendida entre 30 a 35 años, el estado civil fue conviviente 57%.	No se evidenció asociación.
Mendoza, J. García, A. Hernández, L., et al. / 2019	Identificar los factores de riesgo asociados a las complicaciones del embarazo	p= 1.22 existe significancia IC= 95% Las gestantes con óbito fetal tardío presentaron IMC mayor a 24 y tabaquismo 9%.	Existen factores de riesgo que potencializan la muerte fetal tardía.
Beltramo, P. Gutiérrez, C. Rodríguez, M. / 2018	Describir las patologías causantes de la muerte fetal.	La edad promedio fue de 15 años, el estado civil fue soltera, ocupación su casa,	No se evidenció asociación.
Zevallos, S. Villar, S. Ramos, C. et al. / 2017	Determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad fetal	p=0.001 IC= 95% Los factores de riesgo fueron edades extremas, situación sentimental soltera, la ausencia del control prenatal.	Existen factores de riesgo sociodemográficos .
Lima, L. Chaves, C. Gomes, E. / 2017	Describir la situación real de la mortalidad fetal	Los resultados encontrados fueron el 52% de muertes fetales se dio en gestantes con edad menor a 30 años	No se evidenció asociación.
Redondo, K. Gómez G. Barrios L., et al. / 2016	Describir las causas de las muertes fetales en una institución hospitalaria	La edad promedio fue de 22 años, el 32% tuvieron estudios de nivel secundaria incompleta, el 51% fueron trabajadoras de fábricas	No se evidenció asociación.
Menezzi, A. Figueiredo, I., Lima, E. / 2016	Identificar las causas de óbito fetal	La edad estaba comprendido entre 18 a 29 años, el 69% de óbito fetal no presentó factor de riesgo	No existen factores de riesgo sociodemográficos .
Lima, J. Oliveira, J. Takano. O. / 2016	Determinar los factores asociados a óbito fetal	OR= 5.9 existe significancia IC= 95% Los factores asociados a muerte fetal son la educación materna baja, antecedente de muerte fetal	Existen factores de riesgo sociodemográficos .

Meire, S. Mazotti, Z. Ferreira H. / 2016	Identificar las causas de óbito fetal en la región de Paraná	La baja escolaridad de la madre estuvo relacionado a la muerte fetal.	La baja escolaridad es factor de riesgo para muerte fetal.
Mantilla, J. Contreras, F. Duarte, J. / 2016	Describir las causas de mortalidad fetal	La edad promedio fue de 25 años, el estado civil fue conviviente, ocupación su casa	No se evidenció asociación.
Vivas, M. Cuberos, M. Vera, M. / 2016	Determinar la prevalencia de mortalidad fetal en madres en adolescencia y adultas	La mortalidad fetal en madres adolescentes fue del 10% y en madres adultas fue del 18.6%.	No se evidenció asociación.

En la tabla observamos que el 57% de los estudios revisados no mostraron asociación entre los factores de riesgo sociodemográfico y la muerte fetal intrauterina y el 43% de los estudios encontró asociación entre los factores de riesgo sociodemográfico y la muerte fetal. Los factores sociodemográficos reportados por los diferentes autores fueron las edades extremas, nivel de educación baja y de situación sentimental soltera, estos factores fueron encontrados en los diferentes estudios en donde se asoció a mortalidad fetal.

Figura N°02 Factores de riesgo sociodemográficos asociados a muerte fetal intrauterina



En la figura N°02 podemos observar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a muerte fetal reportado en las evidencias científicas revisadas, en donde el 33% de los estudios reportaron que fue la educación primaria, el 23% de los estudios reportó a las edades extremas, el estado civil soltera (11%), el tabaquismo (11%), IMC>24 (11%) y la ocupación dependiente (11%).

Tabla N°03 Evidencias científicas que demuestran la asociación entre los factores de riesgos obstétricos y muerte fetal intrauterina.

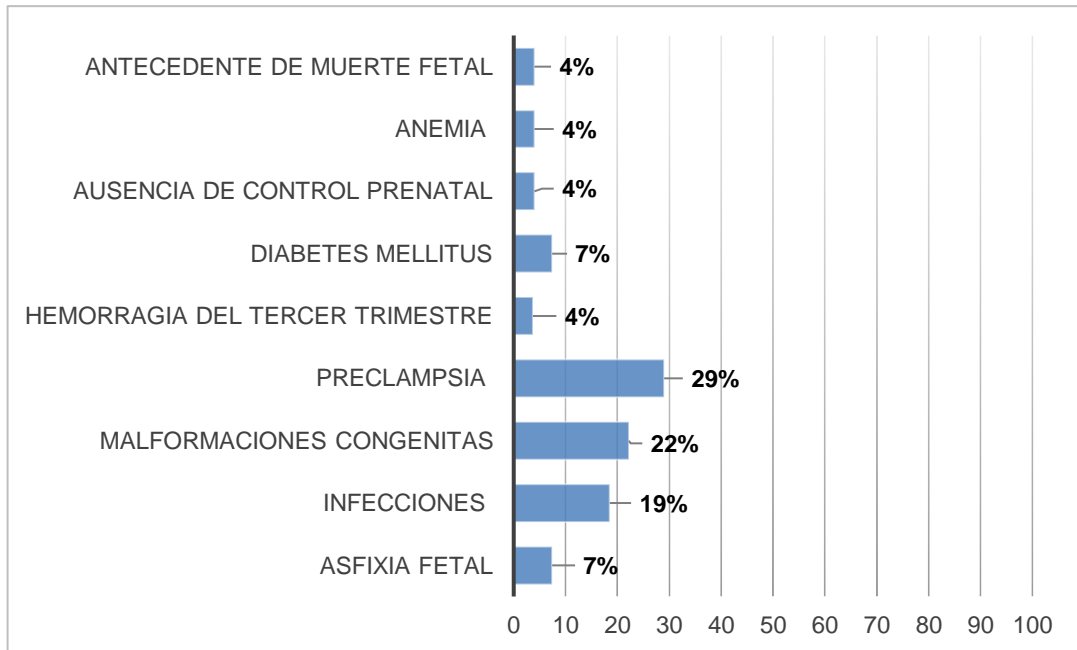
Autor	Objetivo	Resultados	Conclusión
Chan, L. Reyes, L. / 2019	Determinar la brecha de oportunidades para la reducción de la mortalidad perinatal.	Las causas más frecuentes fueron el desprendimiento prematuro de placenta, síndrome hellp y la asfixia fetal.	No se evidenció asociación.
Jiménez, S. / 2019	Identificar las causas de mortalidad perinatal.	Las causas fueron asfixia fetal, infecciones y malformaciones congénitas siendo estadísticamente significativas	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Martínez, A. Vargas, J. Mini, E.	Determinar los factores asociados a muerte fetal.	OR= 7.2 existe significancia IC= 95% Los resultados encontrados fueron preeclampsia estuvieron asociados a mortalidad fetal.	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Reyna, E. Rondón, M. / 2018	Identificar el factor de riesgo para muerte fetal intrauterina	Los factores de riesgo son la enfermedad hipertensiva del embarazo y las hemorragias del tercer trimestre.	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Lacunza, R. Ávalos, J. / 2015	Describir las características de la muerte fetal única	La causa predominante de la muerte fetal fue el síndrome de hellp 69%.	No se evidenció asociación.
Rodríguez, L., Eunice, F. López, A. / 2020	Identificar las causas de muerte fetal	La causa más frecuente fue la hipertensión gestacional 30.6%.	No se evidenció asociación.
Olaya, M., Ortega, R., Moreno, O. / 2019	Describir las características fenotípicas de los fetos muertos.	La causa directa fue la malformación congénita 65%.	No se evidenció asociación.
Mendoza, J., García, A., Hernández, L., et al. / 2019	Identificar los factores de riesgo asociados a las complicaciones del embarazo	p= 0.005 IC= 95% Los factores de riesgo para muerte fetal fue la diabetes mellitus 15%.	Existen factores de riesgo que potencializan la muerte fetal tardía.
Vanalda, S., Pires, C., A. / 2019	Describir las tendencias de los óbitos fetales por malformación congénita	La frecuencia de malformación congénita en los óbitos fetales fue del 5.13%, la edad gestacional más frecuente fue a las 25 semanas de gestación.	No se evidenció asociación.
Ovalle, A., Valderrama, O., Alvarado, J. / 2019	determinar las condiciones obstétricas relevantes de la muerte fetal	OR= 6.5 existe significancia IC= 95% Las causas que tuvieron asociación significativa fueron la infección bacteriana, anomalía congénita, patologías de la placenta y la asfixia durante el parto.	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Marabotti, L., Garcia, F., Alves, P., Regina, L. / 2019	Describir los efectos de la violencia contra la mujer y la mortalidad fetal.	La frecuencia de mortalidad fetal por causa de violencia materna fue del 25%	No se evidenció asociación.
Beltramo, P. Gutiérrez, C.	Describir las patologías causantes de la muerte fetal.	El 17% de los óbitos fetales fueron por causa genética, el 20% fueron por infecciones congénitas, el 90% de las	No se evidenció asociación.

Rodríguez, M. / 2018		mueres fetales se encontró lesiones placentarias	
Huerta, O., Pérez, S., García, A., et al. / 2017	Identificar factores asociados con la muerte fetal.	p= 0.005 IC= 95% La causa de muerte fetal se debe a las anomalías en la placenta (37.2%), malformaciones congénitas (22%) e infecciones bacterianas (10%).	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Zeballos, S. Villar, S. Ramos, C. et al. / 2017	Determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad fetal	p=0.021 IC= 95% Los factores de riesgo fueron la ausencia del control prenatal, anemia durante el embarazo y la preeclampsia severa	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Lima, L., Chaves, C., Gomes, E. / 2017	Describir la situación real de la mortalidad fetal.	La principal causa de mortalidad fetal fue la hipoxia intrauterina 38%	No se evidenció asociación.
García, D., Estrada, J., Proenza, L.	Identificar la relación entre la infección vaginal y la mortalidad perinatal.	Los agentes patógenos más comunes reportados fueron la <i>Candida albicans</i> y tuvo relación con la muerte fetal.	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Redondo, K., Gómez G., Barrios L., et al. / 2016	Describir las causas de las muertes fetales en una institución hospitalaria.	El 44,7% tuvieron insuficiencia placentaria, el 18.6% presentó alteraciones relacionadas con el líquido amniótico, el 12% fueron por causas fetales y el 2,8% no tuvieron explicación.	No se evidenció asociación.
Menezzi, A. Figueiredo, I., Lima, E. / 2016	Identificar las causas de óbito fetal.	Las causas de óbito fetal fueron la hipertensión gestacional, 3.8% fueron la diabetes gestacional y el 3.8% fue la infección del tracto urinario	No se evidenció asociación.
Lima, J. Oliveira, J. Takano. O. / 2016	Determinar los factores asociados a óbito fetal.	OR= 3.5 existe significancia IC= 95% Los factores asociados a muerte fetal son la educación materna baja, antecedente de muerte fetal, trastornos hipertensivos (14%)	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Tinedo, M., Santander, F., Ávila, J., et al. / 2016	Conocer las características epidemiológicas de la muerte fetal.	El 12% fueron por causas de malformaciones fetales, el 42% fueron por hemorragias en el tercer trimestre	No se evidenció asociación.
Mantilla, J., Contreras, F., Duarte, J. / 2016	Describir las causas de mortalidad fetal.	Las causas más frecuentes fueron la hipoxia fetal 46%, insuficiencia placentaria 17%, infarto placentario, malformaciones congénitas 18%, infección bacteriana 16%.	No se evidenció asociación.
Vásquez, V., Torres, C., Torres, G., et al. / 2016	Identificar los factores asociados a la muerte fetal tardía.	Las causas fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo 24%, las gestantes obesas 15% y la insuficiencia placentaria 31%.	No se evidenció asociación.
González, M. / 2016	Describir las características de las gestantes con pérdida gestacional.	Las causas de muerte fetal intrauterina fueron las malformaciones congénitas (60%).	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.
Ovalle, A., Fuentes, A., Chacón, V., Espinoza, C. / 2016	Identificar las condiciones obstétricas para mortalidad fetal.	Las causas que originaron la mortalidad fetal fueron infecciones bacterianas (26%), preeclampsia (19%), malformaciones congénitas (12%) y el 50% de los fetos muertos presentó retardo de crecimiento intrauterino.	Existen factores de riesgo obstétricos para muerte fetal.

Cunha, A., Nascimento, I. / 2015	Determinar la frecuencia de mortinatos.	Las causas reportadas con frecuencia fueron la hipertensión gestacional y diabetes gestacional.	No se evidenció asociación.
Goncalves R, Brigagao J, Silva M, et al. / 2019	Determinar los factores asociados a óbito fetal	La muerte fetal estuvo presente en fetos entre 28 y 37 semanas, el peso de la mayoría de los fetos fue superior a 2000 g y la patología predominante fue el síndrome hipertensivo.	El síndrome hipertensivo son factores asociados para muerte fetal
Gemita M, Escudero C.	Analizar los factores sociodemográficos asociados a muerte fetal	OR= 4 existe significancia IC= 95% Los factores de riesgo fueron prematuridad y malformaciones congénitas	Existen factores de riesgo para mortalidad fetal

En la figura N°03 observamos que el 48% de las evidencias científicas revisadas no mostraron asociación entre los factores de riesgo obstétrico y la muerte fetal, el 52% de evidencias científicas revisadas mostraron asociación entre los factores de riesgo obstétrico y la muerte fetal intrauterina. Los autores reportan que las enfermedades hipertensivas en el embarazo, el síndrome de hellp, la hemorragia del tercer trimestre, la diabetes mellitus y la anemia gestacional son los que aumentan potencialmente el riesgo para mortalidad fetal intrauterina.

Figura N°03 Factores de riesgo obstétricos asociados a muerte fetal intrauterina



En la figura N°03 podemos observar los factores de riesgo obstétrico asociados a muerte fetal reportada en las evidencias revisadas, en donde el 29% de los estudios reportó a la preeclampsia como principal factor de riesgo asociado a muerte fetal, luego se presentó las malformaciones congénitas (22%), Infecciones (19%), diabetes mellitus (7%), asfixia fetal (7%), anemia (4%), antecedente de muerte fetal (4%) y ausencia de control prenatal (4%).

DISCUSIÓN

En el estudio realizado se demostró que los factores obstétricos y sociodemográficos presentan relación con la muerte fetal intrauterina, esta relación se identificó después de haber realizado una exhaustiva búsqueda de evidencias científicas en diferentes bibliotecas virtuales, así como también cada artículo fue sometido al sistema de Grade el cual nos permitió evaluar la calidad de cada estudio.

La muerte fetal intrauterina es uno de los grandes problemas de salud pública a nivel mundial se estima que cada año se reporta alrededor de 3,9 millones de muertes fetales. Se calcula que alrededor de uno o dos millones de muertes fetales quedan sin cuantificar debido a la dificultad de medir la prevalencia en aquellos países con deficiencias sanitarias¹. Por otro lado, la pandemia de COVID-19 podría empeorar la tasa mundial de mortalidad fetal. La reducción del 50% de los servicios de salud causada por la pandemia podría provocar cerca de 200.000 nuevas muertes fetales en un periodo de 12 meses en países en vías de desarrollo. La mayoría de las muertes fetales se deben a la precaria calidad de la atención durante el embarazo y el parto. El principal obstáculo es la deficiente atención prenatal, así como también el limitado contrato a profesionales obstetras. Más del 40% de las muertes fetales se producen durante el parto, una pérdida que podría evitarse con la asistencia de un profesional de la salud calificado como es el obstetra².

Entre los factores de riesgo obstétrico más frecuentes para muerte fetal intrauterina se encontró a la preeclampsia en comparación con el estudio de Chan, L. Reyes, L. quienes utilizaron una metodología de tipo descriptivo y en sus resultados encontraron que las causas más frecuentes para mortalidad fetal fueron el desprendimiento prematuro de placenta, síndrome hellp y la asfixia fetal, diferimos del estudio después de revisar la evidencia de Jiménez, S. puesto que en sus resultados las causas de mortalidad fetal fueron la asfixia fetal, infecciones y malformaciones congénitas siendo estadísticamente significativas. Por otro lado, en el estudio de Martínez, A. Vargas, J. Mini, E, los resultados de su estudio demuestran asociación entre la preeclampsia y la mortalidad fetal estos resultados coinciden con el estudio realizado por el autor Reyna, E. Rondón, M, en donde encontraron que los factores de riesgo que tuvieron asociación significativa para mortalidad fetal fueron la enfermedad hipertensiva del embarazo y las hemorragias del tercer trimestre. Por otra parte, las evidencias que no mostraron asociación significativa entre los factores obstétricos y mortalidad fetal fueron de

Lacunza, R. Ávalos, J., Rodríguez, L., Eunice, F. López, A., Olaya, M., Ortega, R., Moreno, O., Vanalda, S., Pires, C. Luego de realizar una comparación de los resultados encontrados en los diferentes estudios podemos mencionar que los factores obstétricos que tuvieron asociación significativa fueron las malformaciones congénitas, preeclampsia, asfixia fetal y las hemorragias del tercer trimestre. Estos factores obstétricos mencionados anteriormente pueden ser identificados por el profesional obstetra durante el control prenatal y de esta manera se podría evitar que cada 16 segundos se produzca una muerte fetal y que cada año se reporte un aproximado de dos millones de muertes fetales. Lo que hace que estas muertes sean aún más trágicas es que la mayoría de ellas se dan en países con deficientes sistemas de salud donde la prevención de la muerte fetal no es considerada en los planes de gobierno.

Una de las principales estrategias para reducir la mortalidad fetal es continuar realizando acciones que permitan detectar precozmente los factores sociodemográficos relacionados con la muerte fetal. Es el caso de ciertas condiciones laborales que aumentan el riesgo de muerte tales como trabajar más de 10 horas por día, permanecer de pie por más de 6 horas de forma continua y la exposición a sustancias tóxicas. Por otro lado, el consumo de alcohol y tabaco antes y durante del embarazo tiene consecuencias mortales en el feto por ello es importante crear estrategias de promoción en la comunidad para evitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco durante la gestación. En ese sentido, los resultados encontrados en el presente estudio muestran a los factores sociodemográficos que tuvieron asociación significativa con la muerte fetal y estos fueron tener estudios de nivel primaria (33%), edades extremas (23%), estado civil soltera (11%), tabaquismo (11%), IMC > 24 (11%) y la ocupación dependiente (11%). De igual forma en el estudio de Chan, L. Reyes, L., en sus resultados describe las características demográficas de las gestantes en donde la edad estuvo comprendido entre 20 a 24 años (42%), el estado civil fue soltera (51%), tuvieron estudios de secundaria completa (60%), por otro lado, estos resultados difieren del estudio de Martínez, A. Vargas, J. Mini, E., en donde los factores de riesgo fueron educación primaria, de ocupación trabajadora cada uno de ellos siendo estadísticamente significativos. En cuanto al estudio realizado por Reyna, E. Rondón, M., menciona que las edades extremas son un factor de riesgo para muerte fetal, sin embargo, el estudio de Lacunza, R. Ávalos, J., difiere de sus resultados, puesto que en su estudio no evidencio asociación entre las características sociodemográficas y la muerte fetal. El estudio de Mendoza, J. García, A. Hernández, L., et al, reporta que las gestantes con óbito fetal tardío presentaron IMC mayor a 24 y tabaquismo 9% y hace mención que estos factores sociodemográficos potencializan la muerte fetal tardía, dichos resultados

difieren del estudio de Beltramo, P. Gutiérrez, C. Rodríguez, M., en donde no se evidenció asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la muerte fetal. El estudio de Zeballos, S. Villar, S. Ramos, C. et al., en sus resultados encontró que los factores de riesgo sociodemográficos fueron edades extremas y la situación sentimental soltera estos resultados coinciden con el estudio de Lima, J. Oliveira, J. Takano. O, en donde se encontró que factores sociodemográficos asociados a muerte fetales son la educación materna baja de igual manera el estudio Meire, S. Mazotti, Z. Ferreira H., en su estudio reportó que la baja escolaridad de la madre estuvo relacionada con la muerte fetal. Luego de realizar una comparación de los resultados encontrados en los diferentes estudios podemos mencionar que los factores sociodemográficos que tuvieron asociación significativa fueron las edades extremas, nivel de educación baja y de situación sentimental soltera. La muerte fetal no solo es un problema obstétrico, sino que constituye un acontecimiento traumático social para los padres, así como para su entorno familiar y las consecuencias psicológicas y económicas para las familias, las mujeres y las sociedades son graves y duraderas³. Es importante que el profesional obstetra brinde el soporte emocional a la pareja con la finalidad de afrontar el duelo y prevenir la patología psicosocial.

CONCLUSIONES

1. El presente estudio concluye que existen evidencias científicas donde los factores obstétricos y sociodemográficos demostraron asociación con la muerte fetal intrauterina.
2. En el presente estudio, el 52% de evidencias científicas revisadas, mostraron asociación entre los factores de riesgo obstétrico y la muerte fetal intrauterina, los factores obstétricos asociados fueron: la preeclampsia (29%), malformaciones congénitas (22%), Infecciones (19%), diabetes mellitus (7%), asfixia fetal (7%), anemia (4%), antecedente de muerte fetal (4%) y ausencia de control prenatal (4%).
3. En el presente estudio, se identificó que el 43% de evidencias científicas revisadas, mostraron asociación entre los factores de riesgo sociodemográfico y la muerte fetal, los factores sociodemográficos asociados fueron: tener educación primaria (33%), edades extremas (23%), estado civil soltera (11%), tabaquismo (11%), IMC>24 (11%) y ocupación dependiente (11%).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda brindar a las gestantes charlas educativas, mediante la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO), ya que es el momento adecuado para informar, incentivar, sensibilizar y concientizar a la gestante sobre los múltiples beneficios maternos y fetales, dado que la PPO contribuye también en la reducción de la tasa de mortalidad fetal, entonces debería tener mayor difusión en hospitales y centros de salud, cuyos usuarios en su mayoría tienen un bajo nivel educativo y cuentan con pocos recursos económicos.
2. Se recomienda realizar más investigaciones sobre factores de riesgo y mortalidad fetal a nivel nacional, en especial en los departamentos que reportan mayor incidencia ante esta problemática, con la finalidad de poder identificar los factores epidemiológicos y aplicar medidas preventivas.
3. Es recomendable que los profesionales de la salud desarrollen competencias mediante capacitaciones permanentes, para identificar las características sociodemográficas que ponen en riesgo la viabilidad del feto a través de la vigilancia prenatal o seguimiento a la gestante mediante las visitas domiciliarias, también en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
4. Fortalecer los establecimientos de atención primaria, sobre todo los centros maternos perinatales, mediante la mejora en gobernanza, financiamiento, recursos humanos, accesibilidad, coordinación, equidad, eficiencia y calidad, para el seguimiento y propuesta de mejora a las familias sobre los factores de riesgo de las muertes fetales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra. 2019. [Revisado el 2 de diciembre del 2019]. Mortalidad fetal: tendencias a largo plazo e implicaciones para los países en desarrollo. Disponible: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/07-043471-ab/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra. 2019. [Revisado el 12 de febrero del 2020]. Mortalidad neonatal, factores de riesgo y causas: estudio de cohortes prospectivo. Disponible: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/08-050963-ab/es/>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [Internet]. República Dominicana. 2019. [Revisado el 2 de diciembre del 2019]. Reducción de Mortalidad Materna y Neonatal. Disponible: https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe__HAB_2017.compressed.pdf
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [Internet]. Argentina. 2019. [Revisado el 12 de febrero 2020]. La desigualdad pone en riesgo la vida de los recién nacidos en América Latina y el Caribe. Disponible: <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/la-desigualdad-pone-en-riesgo-la-vida-de-los-reci%C3%A9n-nacidos-en-am%C3%A9rica-latina-y>
5. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Chile. 2018 [Revisado el 12 de febrero del 2020] Mortalidad Materna y Neonatal en ALC. Disponible: https://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
6. Lawn J, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. The Lancet. 2017; 387: 587-603. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26794078/>
7. Ministerio de Salud. [Internet]. Perú. 2019 [Revisado el 2 de diciembre del 2019]. Boletín Epidemiológico del Perú. Disponible: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/14.pdf>

8. Mendoza A, Características epidemiológicas de la mortalidad neonatal instituto nacional materno perinatal 2015 – 2016. Rev. Perú Investig Matern Perinat 2016; 5(2):16-21. Disponible: http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=16y21_Cracateristicas_Epide miol%C3%B3gicas.pdf&nombre=16y21_Cracateristicas_Epidemiol%C3%B3gicas.p df
9. Ministerio de salud. [Internet]. Perú.2018 [Revisado el 3 de diciembre del 2019]. Boletín Epidemiológico del Hospital Hipólito Unánue. Disponible: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/oficina-de-epidemiologia-y-salud-ambiental/boletin-epidemiologico/>
10. Chan L, Reyes L, Cahuana J, Tejada P. Análisis de la mortalidad perinatal en Lima Norte: uso del método BABIES. Horiz. Med. [Internet]. 2019 Abr [citado 2019 Dic 05]; 19(2): 19-27. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n2.04>.
11. Chan L., Reyes L., Aparco J., Tejada P. Mortalidad perinatal en Lima Norte. Rev. Horiz. Med. Perú.2019; (19) pp. 65-72. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2019000200004&script=sci_arttext
12. Jiménez S., Causas de mortalidad perinatal. Rev. Med. Basad. Perú.2019; 13(2). Disponible: <https://doi.org/10.33326/26176068.2019.2.875>
13. Martínez A., Vargas J., Mini E. Factores asociados a muerte fetal. Rev. An. Fac. med. Scielo. Perú.2019; 80(3) pp.322-326. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832019000300008&script=sci_abstract
14. Reyna E., Rondón M. Muerte fetal intrauterina. Re. Ginecol. Obstet. Perú.2018; 64(1) pp.45-53 Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000100011&script=sci_arttext.

15. Lacunza R., Ávalos J. Muerte fetal única en la gestación múltiple Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 61, núm. 3, 2015, pp. 291-295. Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300014
16. Rodríguez L., Eunice F., López A. Evaluación de los comités para la prevención de muerte fetal. Rev. Min. Enferm. Lilacs. Brasil. 2020; (24). Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1053367>
17. Olaya M., Ortega R., Moreno O. Las características fenotípicas de los fetos sometidos a autopsia. Rev. Univ. Med. Lilacs. Colombia. 2019; 60(1) pp. 24-33. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-995049>
18. Mendoza J., García A., Hernández L., Jiménez J., Fragozo F. Riesgo de muerte fetal tardía. Rev. Hosp. Jua. México. 2019; 86(3): 116-124. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2019/ju193c.pdf>
19. Armas M., Santana M., Elías K. Mortalidad fetal por enfermedad de la Membrana Hialina. Rev. Inf. Cient. Scielo. Cuba. 2019; 2 (4) pp. 569-575. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000400469
20. Vanalda S., Pires C., Cantanhede A. Tendencias de los óbitos fetales por malformación congénita. Rev. Recois. Lilacs. Brasil. 2019; 13(4) pp. 863-876. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1047592>
21. Ovalle A., Valderrama O., Alvarado J. Las condiciones obstétricas relevantes de la muerte fetal.; 84(2): 91-102. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000200091&lng=es.
22. Marabotti L., Garcia, F., Alves P., Regina, L. Implicancia de la violencia y la mortalidad fetal. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. Brasil. 2019; 11 (2) pp. 533-539. Dponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-969348>

23. Beltramo P., Gutiérrez C., Rodríguez M. La mortalidad prenatal. Rev. Arch. Pediatr. Lilacs. Uruguay.2018; 89 (1) pp. 5-14
Disponible:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-887806>
24. Hernández A., Jiménez F. El óbito fetal y el uso de oxitocina. Rev. Enferm. Actual. Lilacs. Costa Rica. 2018; 34 pp. 127-145. Disponible:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-891498>:
25. Oliverira M., Frias G., Bonfim C., Evaluación del óbito fetal. Rev. Bas. Saúde Mater. Brasil.2017; 17(4) pp. 801815.
Disponible:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1013049>
26. Huerta O., Pérez S., García A., Jiménez M. Factores asociados con muerte fetal. Rev. Conamed. México. 2017; 21(1) pp. 5-10 Disponible:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con171b.pdf>
27. Dentella L. Óbito fetal en gestante con cesárea anterior. Rev. Scielo. Uruguay.2017; 30 (2) pp. 2-3. Disponible:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12732017000200002&lng=es&nrm=iso
28. Zeballos S., Villar S., Ramos C., Zeballos G., Sánchez M., Risks factors associated with intra-partum foetal mortality. Rev. Med. Pediatría. España. 2017; 86 (3) pp. 127-134. Disponible: <https://www.analesdepediatria.org/en-risks-factors-associated-with-intra-partum-articulo-resumen-S2341287917300066>
29. Lima L., Chaves C., Gomes E. Análisis de la situación de salud: la mortalidad fetal. Rev. Bras. Promc. Sal. Brasil.2017; 30 (1) pp. 30-37. Disponible:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-846648>
30. García D., Estrada J., Proenza L. Infección vaginal en gestantes y su relación con la mortalidad perinatal. Rev. Med. Multimed. Cuba.2017; (2) pp. 152-132.Disponible:<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/490>
31. Redondo K., Gómez G., Barrios L., Alvis L. Identification of the causes of fetal demise in a maternal. Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia. 2016; 67 (3)

pp.187-196.

Disponible:

https://www.researchgate.net/publication/319180533_Identification_of_the_causes_of_foetal_demise_in_a_maternal_care_institution_in_Cartagena_Colombia_2012-2014

32. Menezzi A., Figueiredo I., Lima E. Vigilancia del óbito fetal. Rev. Mundo. Saude. Lilacs. Brasil.2016: 40(2) pp. 208-212. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-972981>
33. Lima J., Oliveira J., Takano O. Factores asociados a óbito fetal. Rev. Bras. Saude. Matern. Infant. Brasil.2016; 16 (3) pp. 353-361. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-798113>
34. Tinedo M., Santander F., Ávila J., Herrera J., Colombo C. Muerte fetal: caracterización epidemiológica. Rev. Salud. Venezuela. 2016; 20 (2) pp. 37-43. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375947694008.pdf>
35. Meire S., Mazotti Z., Ferreira H. La incidencia de óbitos fetales en una región de Paraná. Rev. Semina. Cienc. Biol. Brasil.2016; 37(1) pp. 33-42. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-836595>
36. Mantilla J., Contreras F., Duarte J. La importancia del estudio de la placenta en fetos muertos. Rev. Arch. Med. Colombia.2016; 16(1) pp. 11-21. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-834266>
37. Vázquez V., Torres C., Torres G., Amjad A., Rodríguez M. Muertes fetales tardías en la provincia de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Dic 05]; 14(2): 133-142. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200007&lng=es.
38. Torres G., Rodríguez M., Muertes fetales. Rev. MediSur. Cuba.2016; 14(2) pp. 321-330. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200007

39. Gonzáles M. La pérdida gestacional. Rev. Médica de Costa Rica. 2016; (619) pp. 309-315. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162t.pdf>
40. Ovalle A., Fuentes A., Chacón V., Espinoza C. Muerte fetal según condición obstétrica. Rev. Med. Chile. 2016. 44 (8) pp. 1020-1028. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800009&Ing=es.
41. Vivas M., Cuberos M., Vera M. Mortalidad fetal en madres adolescentes y adultas. Rev. Siic. Salud. Colombia. 2016; 2 (21) pp. 256-266. Disponible: <https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/159548>
42. Rocha D., Nepomuceno G., Gazzinelli A. La mortalidad fetal en Mina. Rev. Min. Enferm. Lilacs. Brasil. 2015; 19(3) pp. 605-611. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-785666>
43. Cunha A., Nascimento I. Mortinato: Revisión sistemática. Rev. Femina. Lilacs. Brasil. 2015; 43(3) pp. 125-134 Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-763822>
44. Dutra I. Vigilancia de la muerte fetal en la región de Minas Gerais. Rev. Belo Horizonte. Brasil. 2015; 1(2) pp. 148. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-831459>
45. Organización de las Naciones Unidas para la Educación [Internet]. Nicaragua. 2018 [Revisado el 5 de diciembre del 2019]. Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. Disponible: http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ni_6199.pdf
46. Ministerio de Salud. [Internet]. Perú. 2017 [Revisado el 5 de diciembre]. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal en el Perú. Disponible: <https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2015/12/Jeanette-Avila-Vargas-Machuca.pdf>

47. Fescina R., Duverges C. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires – Argentina: Editorial El Ateneo; 2016. Pg. 392-395
48. Carbajal J., Ralpdh C. Obstetricia y Ginecología. Chile: Editorial Nuevo Amanecer; 2017 pg. 294-407
49. Leveno K., Bloom S., et Cols. Williams Obstetricia. 23a edición. México: McGraw – Hill interamericana; 2015 pg. 599-605
50. Simpson L., Jauniaux M., Early pregnancy loss and stillbirth. In: Normal and Problem Pregnancies. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017: pp 27.
51. Diago V., [Internet]. España.2017 [Revisado el 5 de diciembre 2019]. Muerte Fetal Tardía. [8]. Disponible: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf
52. Guzmán E., Muerte fetal intrauterina: Un evento devastador que nos convoca a mejorar las estrategias de monitoreo sobre eventos adversos en pos de desarrollar estrategias de prevención. REV. Chil Obstet Ginecol. Chile.2019; 84(2): 89 – 90. Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000200089
53. Chen C. Chromosomal abnormalities associated with neural tube defects (II): partial aneuploidy. Rev. Journal of Obstetrics and Gynecology. 2018; 46(4): 336-351. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18182339>.
54. Kashani A, Hutchins G. Meningeal-cutaneous relationships in anencephaly: evidence for a primary mesenchymal abnormality. Rev. Pubmed. Estados Unidos. 2017, 32(5): 553-558. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11381375III>.
55. Ministerio de Salud. [Internet]. Perú.2019 [Revisado el 6 de diciembre del 2019]. Reducción de la mortalidad materna fetal. [17]. Disponible: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/299155/RM-251-2019-Minsa.PDF>

56. Supo J. Seminarios de investigación científica. Createspace Independent Publishing Platform. Createspace Independent Publishing Platform; 2016. pp. 342 – 348
57. Goncalves R, Brigagao J, Silva M, De Oliveira C. Factores asociados a óbito fetal en un hospital público. Rev. Dialnet. Brasil.2019; 13(3) pp. 22-31. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7586974>
58. Martínez P, Palmar A, Solís M, Pedraz A, Alarcón D. Proceso de atención en el parto en la muerte fetal tardía. Rev. Dialnet. España.2018; 21 (7) pp. 24-32. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6534820>
59. Gemita M, Escudero C. Análisis de los factores de riesgo de muerte fetal. Rev. Scielo. Chile.2017; 88(4) pp. 62-73. Disponible:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000400003&script=sci_arttext&lng=n

Anexo 01

Matriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS
<p>¿Cuáles son las evidencias científicas de la relación entre factores de riesgo para muerte fetal intrauterina?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Evaluar las evidencias científicas sobre factores de riesgo de muerte fetal intrauterina.</p> <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las evidencias científicas que demuestran la asociación entre los factores de riesgo obstétrico y muerte fetal intrauterina. Identificar las evidencias científicas que demuestran la asociación entre los factores de riesgo sociodemográfico y muerte fetal intrauterina. 	<p>Variables dependientes:</p> <p>Muerte fetal intrauterina</p> <p>Variable independiente:</p> <p>Factores de riesgos obstétricos y sociodemográficos</p>	<p>1. Enfoque:</p> <p>Investigación cuantitativa.</p> <p>2. Tipo:</p> <p>Revisión sistemática</p>	<p>Población:</p> <p>Estuvo conformado por 105 artículos a nivel nacional como internacional publicados en un periodo de 5 años 2015 al 2020.</p> <p>Muestra:</p> <p>Estuvo conformado por los 38 artículos publicados en el periodo del 2015 al 2020.</p>	<p>Técnica</p> <p>Análisis documental</p>

Anexo 02

Turnitin

FACTORES DE RIESGO DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

pt.scribd.com

Fuente de Internet

6%

2

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

issuu.com

Fuente de Internet

2%

4

Submitted to Universidad Wiener

Trabajo del estudiante

2%

5

www.scribd.com

Fuente de Internet

2%