

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura**



**INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS MATERNO FETALES  
DE GESTANTES CON MUERTE FETAL INTRAUTERINA.  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA.  
AREQUIPA 2015-2018**

Tesis presentada por la Bachiller:  
**Pacheco Quispe, Brenda Valerie**  
para optar el Título Profesional de  
**Licenciada en Obstetricia**

Asesora:  
**Dra. Escobedo Vargas, Jannet**

**Arequipa - Perú**  
**2019**



## Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

### FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, de del 2019

#### INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: ..Mgter. Ricardina Flores Flores  
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Mgter. Lourdes Arencio Heredia  
Mgter. Armida Fernández Vásquez  
Dr. Nelson Ramiro Roxado Santander  
Dictaminadores del Borrador de Tesis

#### TITULO DEL BORRADOR:

“..Incidencia y características materno-fetales de gestantes  
con muerte fetal intrauterina Hospital Regional Honorio  
Delgado Espinoza Arequipa 2015-2018.....”

#### PRESENTADO POR:

Bach. Brenda Valene Pacheco Coispe

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se dá el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente:

## DEDICATORIA

*A Dios y a la Virgen María,  
por haberme permitido  
llegar hasta este momento  
tan especial en mi vida.*

*A mis padres, por todo su  
amor y apoyo  
incondicional. Por ser mi  
ejemplo de esfuerzo y  
perseverancia.*

*A mi hermano Sergio, por  
estar siempre presente  
acompañándome en cada  
paso que doy.*

*A mis amigos y todas las  
personas que me motivaron  
a seguir adelante.*

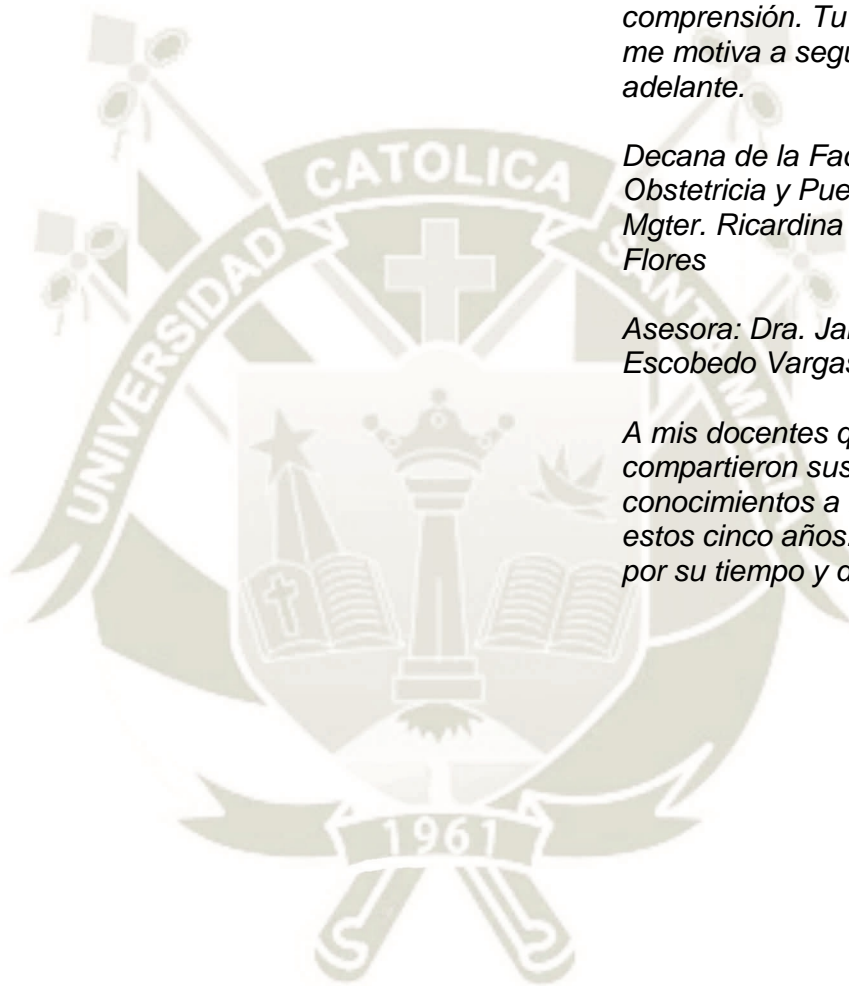
## AGRADECIMIENTO

*A quien me acompañó y estuvo conmigo en todo momento, incluso en los más difíciles, gracias por tu amor, cariño y comprensión. Tu alegría me motiva a seguir adelante.*

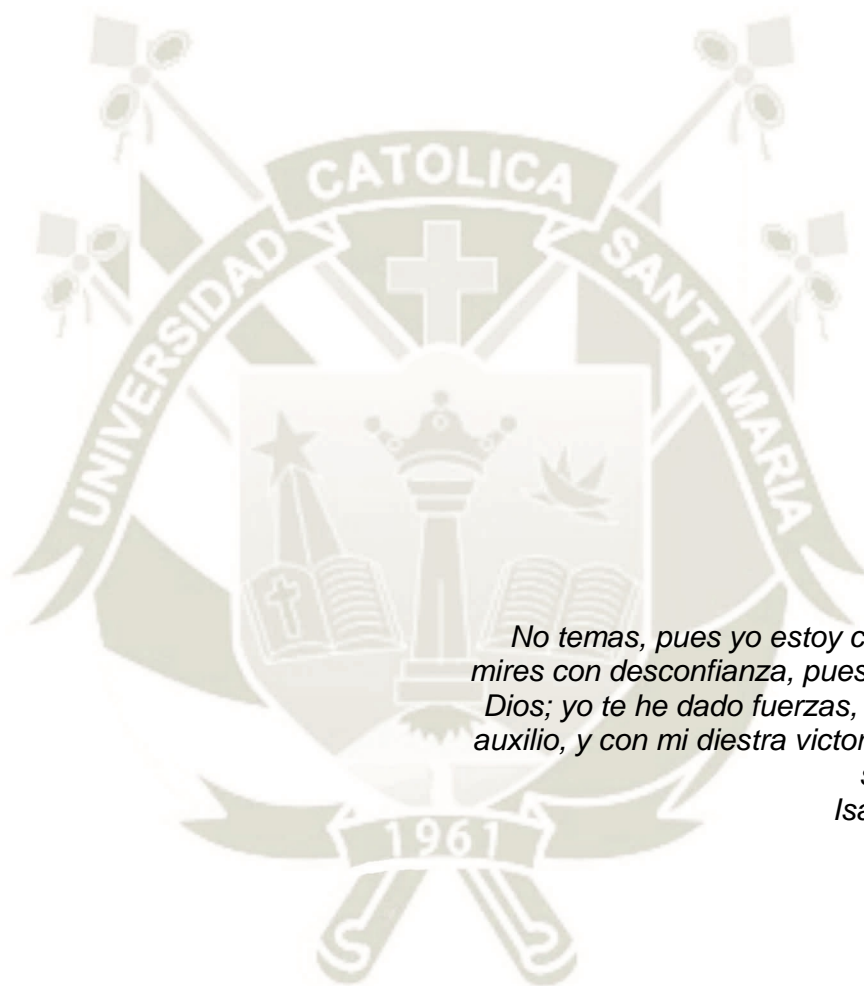
*Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura:  
Mgter. Ricardina Flores Flores*

*Asesora: Dra. Jannet Escobedo Vargas*

*A mis docentes que compartieron sus conocimientos a lo largo de estos cinco años. Gracias por su tiempo y dedicación.*



## Epígrafe



*No temas, pues yo estoy contigo; no  
mires con desconfianza, pues yo soy tu  
Dios; yo te he dado fuerzas, he sido tu  
auxilio, y con mi diestra victoriosa te he  
sostenido.  
Isaías 41:10*

## INTRODUCCIÓN

La muerte fetal intrauterina, también llamada óbito fetal, hace referencia a la defunción del feto durante el embarazo, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre y, aunque según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es independiente de la duración del embarazo, se considera muerte fetal temprana cuando ocurre después de la semana 22 de gestación y muerte fetal tardía si tiene lugar después de la semana 28 (1).

En nuestro medio muchas mujeres con muerte fetal intrauterina llegan a los hospitales para la resolución del parto como es el caso del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Estos casos pueden ser referidos de establecimientos de primer o segundo nivel de atención o bien acontecen en el hospital. Estas muertes son motivo de preocupación y de análisis de los desencadenantes para elaborar medidas preventivas.

La importancia de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad perinatal en la salud pública nacional, radica en que al tener esta información se puede identificar los factores determinantes para establecer medidas de intervención que contribuyan a su reducción y a mejorar la salud materna.

La frecuencia de los casos de óbito fetal varía en relación con cierto número de características, entre ellos, raza, edad materna, período de gestación, pluralidad de la gestación, atención y control prenatal, atención y tipo de parto, sexo del feto, ubicación geográfica, antecedentes obstétricos y factores socio-económicos(2).

Con el objetivo de identificar las características que inciden en la mortalidad fetal, se han realizado investigaciones de la frecuencia de muertes fetales, antecedentes y características asociadas a la misma, ocurridas en varias instituciones de salud como es el caso del Hospital Regional de Loreto (3) y el Hospital San José del Callao (4) en nuestro país, el Hospital San Vicente de Paúl en Ecuador (5) y el Hospital Amistad Japón-Nicaragua (6).

Sin embargo, a pesar de ser motivo de revisiones por comités de muerte perinatal, no existen estudios locales que evidencien la magnitud del problema a través de mediciones de incidencia, y menos aún se han sistematizado sus características que, una vez identificadas, pueden servir para la elaboración de estrategias preventivas eficaces, que podrían contribuir a su reducción, por lo que surge el interés para la realización de la presente investigación.



## RESUMEN

La Muerte Fetal Intrauterina es un evento de gran importancia, tanto para la familia y sociedad en general. El conocimiento del número real de casos y sus características es la clave para determinar medidas preventivas que permitan mejorar la salud materna y fetal.

**OBJETIVO:** Determinar la incidencia y las características materno fetales de gestantes, con muerte fetal intrauterina atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el período 2015-2018.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio documental, observacional, retrospectivo, transversal. Se revisó un total de 97 historias clínicas materno-perinatales de casos de muerte fetal intrauterina. Se muestran resultados con estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** La incidencia promedio de muerte fetal intrauterina en este periodo fue de 4.0 por cada mil nacidos vivos. En el año 2015 la incidencia fue 2.0, en el 2016 4.4, en el 2017 4.2 y en el 2018 5.6 por mil nacidos vivos. De los 97 casos, el 38.14% fueron muertes fetales tempranas y 61.86% tardías. El 9.28% de gestantes fueron adolescentes y 25.77% añosas. El 14.43% de casos no tuvo ningún control prenatal, el 49.48% de 1 a 5 controles, y solo 36.08% de 6 a más controles prenatales. Entre las patologías del embarazo, las más frecuentes fueron asociadas a la placenta en 29.9%, además se presentó ruptura prematura de membranas en 9.28%, preeclampsia en 6.19%, corioamnioitis en 5.15% y diabetes gestacional en el 2.06% de los casos. El 57.73% de fetos fueron varones, el 38.14% mujeres, y el 4.12% el sexo fue indeterminado. Se encontró que el 9.27% de casos presentaron malformaciones congénitas y con respecto a alteraciones del desarrollo, se evidenció 3.09% de casos con restricción de crecimiento intrauterino y macrosomía fetal, en el mismo porcentaje. Referente a las alteraciones del cordón umbilical, el 11.34% tuvo circular

de cordón, hubo dos casos de prolapso (2.06%) y solo un caso de nudos verdaderos (1.03%).

**CONCLUSIÓN:** La incidencia de muerte fetal intrauterina ha incrementado en los últimos años y en su mayoría, se producen en forma tardía.

**PALABRAS CLAVE:** Muerte fetal intrauterina, características maternas, características fetales.



## ABSTRACT

Intrauterine Fetal death is an event of great importance for both the family and society in general. Knowledge of the actual number of cases and their characteristics is the key to determining preventive measures to improve maternal and fetal health.

**OBJECTIVE:** To determine the incidence and fetal maternal characteristics of pregnant women with intrauterine fetal death served at the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza during the period 2015-2018.

**MATERIAL AND METHODS:** This is a documentary, observational, retrospective, transversal study. 97 maternal-perinatal clinical histories of cases of intrauterine fetal death were reviewed, considering the inclusion and exclusion criteria. Results are shown with descriptive statistics.

**RESULTS:** The average incidence of intrauterine fetal death in this period was 4.1 per 1,000 births. Of the 97 cases, 38.14% were early fetal deaths and 61.86% were late. 9.28% of mothers were adolescents and 25.77% years old. 14.43% of cases had no prenatal control, 49.48% had 1 to 5 controls, and only 36.08% of 6 to more antenatal controls. Among the pathologies of pregnancy, the most frequent were associated with the placenta in 29.9%, also showed premature rupture of membranes in 9.28%, pre-eclampsia in 6.19%, corioamnioitis in 5.15% and gestational diabetes in 2.06% of cases. 57.73% of fetuses were males, 38.14% were females, and 4.12% were undetermined sex. It was found that 9.27% of cases presented congenital malformations and with respect to developmental alterations, 3.09% of cases with intrauterine growth restriction and fetal macrosomia were evidenced in the same proportion. With regard to umbilical cord alterations, 11.34% had a cord circular, there were two cases of prolapse (2.06%) And only one case of true knots (1.03%).

**CONCLUSION:** The incidence of intrauterine fetal death has increased in recent years and most of them occur late.

**KEY WORDS:** Intrauterine fetal death, maternal characteristics, fetal characteristics.



## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Enunciado del problema.....	1
1.2 Descripción del problema.....	1
1.2.1. Área del conocimiento.....	1
1.2.2. Análisis u Operacionalización de variables.....	1
1.2.3. Interrogantes básicas.....	4
1.2.4. Tipo de investigación.....	5
1.3. Justificación del problema.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. Marco Conceptual.....	7
3.1.1. Muerte fetal intrauterina.....	7
3.1.2. Epidemiología.....	7
3.1.3. Causas.....	8
A. Maternas.....	14
B. Fetales.....	16
3.1.4. Manifestaciones clínicas.....	17
3.1.5. Diagnóstico.....	18

3.1.6 Resolución del parto .....	22
3.2. Análisis de antecedentes investigativos .....	23
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....	30
1. TÉCNICA DE ESTUDIO INSTRUMENTO Y MATERIALES	
DE VERIFICACIÓN.....	31
1.1 Materiales.....	32
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	32
2.1 Ubicación espacial .....	32
2.2 Ubicación temporal .....	32
2.3 Unidades de estudio .....	33
2.4 Criterios de selección.....	33
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	33
3.1 Organización .....	33
3.2 Recursos .....	34
3.3 Validación del instrumento.....	34
3.4 Criterios para el manejo de resultados .....	35
CAPÍTULO III .....	36
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN .....	49
CONCLUSIONES .....	53
RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	55
ANEXOS .....	62



## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Enunciado

Incidencia y características materno fetales de gestantes con muerte fetal intrauterina. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa. 2015-2018

### 1.2. Descripción del Problema

#### 1.2.1 Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Obstetricia
- Línea: Mortalidad fetal

#### 1.2.2 Análisis u Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría
Incidencia de muerte fetal	N° de casos de muerte fetal intrauterina/ 1000 nacidos vivos	
Características maternas	Edad materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor o igual a 17 años</li> <li>- Entre 18 y 34 años</li> <li>- Mayor o igual a 35 años</li> </ul>
	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Illetrada</li> <li>- Primaria</li> <li>- Secundaria</li> <li>- Superior</li> </ul>

	Embarazos previos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primigesta</li> <li>- Segundigesta</li> <li>- Multigesta</li> <li>- Gran Multigesta</li> </ul>
	Controles prenatales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor o igual a 6</li> <li>- Menor a 6</li> <li>- Sin controles</li> </ul>
	Patología materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes</li> <li>- Cardiopatía</li> <li>- Lupus</li> <li>- Desnutrición</li> <li>- Infecciones</li> <li>- Otras</li> </ul>
	Patología del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preeclampsia</li> <li>- RPM</li> <li>- Desprendimiento de placenta</li> <li>- Placenta previa</li> <li>- Senescencia placentaria</li> <li>- Otras</li> </ul>
Características Fetales	Momento de muerte fetal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muerte fetal temprana (Mayor a 22 y menor a 28 semanas)</li> <li>- Muerte fetal tardía (Mayor o igual a 28 semanas)</li> </ul>

	Sexo del neonato	- Masculino - Femenino
	Malformaciones	- Presente - Ausente
	Incompatibilidad sanguínea	- Grupo AB0 - Factor Rh - No incompatibilidad
	Alteraciones del desarrollo	- Restricción de crecimiento intrauterino - Macrosomía fetal
	Alteraciones del cordón umbilical	- Circular de cordón umbilical - Nudos verdaderos
	Características del líquido amniótico	- Oligoamnios - Normohidramnios - Polihidramnios

### 1.2.3 Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la incidencia de la muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo 2015-2018?
- ¿Cuáles son las características maternas de las gestantes con muerte fetal intrauterina atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante el periodo 2015-2018?

- ¿Cuáles las características fetales de las gestantes con muerte fetal intrauterina atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante el periodo 2015-2018?

#### 1.2.4 Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio documental.

#### Nivel de investigación

Se trata de un estudio observacional retrospectivo y de corte transversal.

#### 1.3. Justificación del problema

El presente estudio está dirigido a establecer la incidencia y las características materno fetales, de gestantes con el diagnóstico de muerte fetal intrauterina atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo 2015-2018. No se han realizado estudios previos recientes acerca de este tópico, lo que hace a este estudio **original**.

El estudio tiene **relevancia científica**, ya que se manifiestan mecanismos de daño que pueden desencadenar en la muerte fetal intrauterina. Además tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar características de las gestantes o los fetos que pueden predecir un desenlace fatal para el producto del embarazo; tiene **relevancia social**, ya que beneficiará a un grupo importante de las mujeres en edad fértil que presentan complicaciones del embarazo con muerte fetal intrauterina.

El estudio es **contemporáneo** ya que la muerte fetal intrauterina es un problema de gran importancia para la salud pública, es un evento frecuente en nuestro medio y puede ser potencialmente prevenido.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño

retrospectivo en el que se cuenta con información de las gestantes y los fetos en las historias clínicas materno perinatales.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en la especialidad de la obstetricia para lograr una importante **contribución académica** que promueva el desarrollo de investigaciones futuras en el área, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado, se cumple con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

## 2. OBJETIVOS

- a) Conocer la incidencia de la muerte fetal intrauterina en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo 2015-2018.
- b) Identificar las características maternas de las gestantes con muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante el periodo 2015-2018.
- c) Describir las características fetales de las gestantes con muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante el periodo 2015-2018.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. Marco conceptual**

##### **3.1.1. Muerte fetal intrauterina**

Se define como óbito fetal a la defunción del producto de la gestación, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, después de las 22 semanas de gestación o con un peso mayor o igual a 500gr (2).

Según el momento de la muerte del producto durante el embarazo, se puede clasificar en:

- Muerte fetal temprana: comprende los fetos de entre 22-28 semanas de gestación y/o peso entre 500-999 gramos.
- Muerte fetal tardía: incluye muertes fetales a partir de los 1.000 gramos de peso y/o mayores de 28 semanas completas de gestación (7).

##### **3.1.2. Epidemiología**

Por año ocurren como mínimo 2,6 millones de casos de Muerte Fetal Intrauterina durante el tercer trimestre del embarazo, de los cuales el 98% de los casos ocurren en países de bajo o mediano nivel socio-económico. Los casos de Muerte Fetal antes del trabajo de parto (preparto) representan más de la mitad (1,4 millones) de los casos de Muerte Fetal Intrauterina (8).

El riesgo de muerte fetal durante el parto en las mujeres africanas es 24 veces mayor que el riesgo de las mujeres pertenecientes a países de alto nivel socio-económico. Las causas principales de la Muerte Fetal son similares a aquéllas que producen la muerte de una mujer embarazada o de un recién nacido (9).

En el Perú, la mortalidad fetal y neonatal son eventos de alta frecuencia. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática 2015 (ENDES 2015), la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) fue 13 defunciones por mil embarazos de siete o más meses (10).

Un estudio realizado por Huertas en el Instituto materno Perinatal de Lima, encontró una tasa de muerte fetal intrauterina de 7.27 por mil nacidos vivos. Las patologías maternas asociadas fueron: anemia en 40% de los casos, amenaza de parto pretérmino (33,1%) y preeclamsia/eclampsia (15,5%). La patología fetal asociada consistió en rotura prematura de membranas, restricción del crecimiento intrauterino y malformaciones congénitas. Un 9,2% de las muertes fetales intrauterinas se presentó intraparto (8).

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades, el número de casos de muerte fetal por año en nuestro país en el 2015 fue de 3692 defunciones, en el año 2016 fue de 3563 y en el año 2017 se notificaron 3484 defunciones fetales.

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico del Perú, en la ENDES 2015, se describieron las siguientes características generales de las muertes fetales: Ocho de cada diez muertes fetales ocurren en el último trimestre de la gestación, trece de cada cien defunciones fetales ocurren durante el trabajo de parto y la hipoxia intrauterina se reporta como la primera causas de defunción fetal, 20% (10).

En relación a las enfermedades maternas no relacionadas al embarazo, como hipertensión y diabetes, están consideradas como causa de muerte en 17 de cada 100 defunciones fetales notificadas mientras que las complicaciones maternas del embarazo, como ruptura prematura de membranas, es menos frecuente, 6 de cada 100 defunciones fetales. En cuanto al porcentaje de defunciones fetales notificadas al sistema de vigilancia como “muerte fetal de causa no especificada” se incrementó a 36,12% (10).

### **3.1.3. Causas**

Existen multitud de causas que pueden explicar la muerte del feto en el útero, aunque son difíciles de determinar.

Los orígenes de la muerte fetal pueden ser maternos, fetales o relacionados con la placenta. En algunos casos, será posible prevenirlos con anterioridad y actuar a tiempo para impedir la muerte del feto (9).

## Causas maternas

Los problemas que pueden llevar a una muerte fetal anteparto relacionados con la madre son los siguientes (9, 11):

### a) Según la edad:

- Gestantes menores de 17 años: El embarazo durante la adolescencia es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además de las consecuencias psicológicas y sociales. La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años (12).

En el Perú, la fecundidad de adolescentes en los últimos años se ha incrementado ligeramente en 0,2 punto porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13.4% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10.6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez (13).

- Gestantes mayores de 35 años, se considera a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, que requieren ser manejadas en cuidados de nivel especializado. Además se asocia a trastornos hipertensivos gestacionales, diabetes gestacional, restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de Ápgar, muerte perinatal y el peso bajo al nacer (14).

ENDES 2015 describe que en el caso de madres con edades entre 40 a 49 años, la Tasa de Mortalidad Perinatal se incrementa a 21 por mil, y en las mujeres de 20 a 29 años es de 13 por mil (10).

**b) Según el grado de instrucción:**

En nuestro país, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017, el nivel de fecundidad varía de acuerdo al nivel educativo de la mujer. Se observó que las mujeres con educación primaria tienen al final de su vida reproductiva 1,8 veces el número de hijas y/o hijos que aquellas mujeres que cuentan con educación superior (3.4 frente a 1.9), creándose una brecha entre ambos niveles de 1.5 hijas y/o hijos (13).

La situación económica es otro determinante de la mortalidad perinatal. En el quintil inferior de riqueza se incrementa a 18 por mil mientras que en el quintil superior de riqueza desciende hasta 4 por mil (10).

**c) Según el número de embarazos previos:**

Las gestantes pueden ser divididas en: Primigesta, mujer en su primer embarazo, Segundigesta, que cursa con su segunda gestación, multigesta con más de tres embarazos y gran multigesta que cuenta con más de cinco gestaciones. En un estudio realizado en Latinoamérica, se evidenció que del total de muertes fetales, un tercio fueron de mujeres primigestas (33.9%), alrededor del 66.1% fueron multigestas y menos del 1%, gran multigestas (15).

Asimismo, en una investigación sobre los factores asociados a la muerte fetal en un hospital mexicano, se describió que el antecedente de óbito fetal incrementa el riesgo de presentar una muerte fetal. En el caso de gestantes primigestas, presentan un mayor riesgo de muerte fetal (3.6 veces más) (16).

**d) Según el número de controles prenatales:**

La atención prenatal es importante para la salud de la madre y su hijo. Se considera una gestante controlada cuando posee más de 6 controles prenatales. En el Perú el 88,9 % de gestantes cuentan con más de 6 atenciones prenatales, el 97,5 % fueron atendidas por profesional calificado y el 81,5 % recibió la primera atención en el primer trimestre del embarazo (13).

e) **Patologías maternas:**

➤ **Lupus Eritematoso Sistémico (LES):**

Enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune y de causa desconocida, caracterizada por un curso clínico con periodos de actividad y remisión. Tiene una prevalencia estimada de 20 a 150 casos por 100.000 y una incidencia de 1 a 25 casos por 100.000 personas/año. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil. Es bien conocido el efecto que puede tener la gestación sobre la actividad del LES, con tasas de exacerbación de la actividad durante el embarazo que pueden llegar a ser del 60%, sobre todo en las pacientes con enfermedad activa en el momento de la concepción (17).

Además, en las pacientes con lupus las probabilidades de complicaciones de la gestación son más altas que en la población obstétrica general, con un 19% de pérdida gestacional (55% como muertes fetales del segundo trimestre), 22% de preeclampsia (60% en pacientes con enfermedad renal), incluso asociado con restricción de crecimiento intrauterino y 30% de parto pretérmino (17).

➤ **Diabetes mellitus:**

Es un trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia, debida a defectos en la secreción o acción de la insulina. Existen múltiples procesos fisiopatológicos involucrados en su aparición que van desde la destrucción autoinmunitaria de las células  $\beta$  del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina (18).

➤ **Cardiopatías:**

La incidencia de complicaciones fetales en gestantes que presentan alguna cardiopatía es mayor que en la población

general. Las principales complicaciones son restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, hemorragia intracraneal y la muerte fetal (19).

➤ **Infecciones durante el embarazo:**

Las mujeres gestantes están expuestas a contraer infecciones, tanto bacterianas, virales como parasitarias, que implican un riesgo de afectar al feto. La transmisión de estas infecciones durante el embarazo es principalmente por vía transplacentaria (20).

Algunos de las agentes causantes de infecciones en la gestante con riesgo para su hijo son:

- Consideradas como Infecciones de Transmisión Sexual: Chlamydia Trachomatis, Treponema Pallidum, Ureaplasma urealyticum, vaginosis bacteriana.
- Consideradas como no venéreas: Escherichia Coli, Streptococcus Agalactiae, Listeria Monocytogenes, Toxoplasma Gondii, Citomegalovirus, parvovirus, varicela, rubeola (20).

➤ **Desnutrición materna:**

El incremento insuficiente de peso durante el embarazo es un factor determinante de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y este último, al desarrollo posnatal del niño. La desnutrición materna crónica esta íntimamente ligada a la pobreza, por lo que es más frecuente en países en desarrollo (21).

**f) Patologías asociadas al embarazo****➤ Diabetes gestacional:**

La diabetes es la alteración metabólica que se asocia con mayor frecuencia al embarazo, afectando al pronóstico de la madre y al de su hijo. Aproximadamente un 1% de todas las mujeres embarazadas presenta diabetes mellitus antes de la gestación (diabetes mellitus pregestacional) y hasta un 12%, presentará diabetes mellitus en el transcurso del embarazo (diabetes gestacional). Por lo tanto constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones, tales como malformaciones y/o abortos (periodo de organogénesis), restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) en situaciones de vasculopatía materna secundaria a diabetes, macrosomía fetal (distocias, traumatismo obstétrico y aumento de la tasa de cesáreas), riesgo de pérdida de bienestar fetal ante o intraparto, miocardiopatía hipertrófica, inmadurez fetal que puede manifestarse como síndrome de distrés respiratorio, o alteraciones metabólicas (22).

**➤ Enfermedad Hipertensiva del Embarazo:**

La hipertensión arterial es uno de los trastornos más comunes durante el embarazo y constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de patologías cardiovasculares. La enfermedad hipertensiva del embarazo está conformada por un conjunto heterogéneo de entidades patológicas, cuyo denominador común es el incremento de la presión arterial durante el embarazo, parto o puerperio, mayor a 140/ 90 mmHg. en dos tomas separadas 6 horas después de 10 minutos de reposo con la gestante sentada y el brazo a la altura del corazón (23,24).

Se clasifica en:

- Hipertensión inducida por el embarazo:
  - Hipertensión gestacional: Presión arterial mayor a 140/90 mmHg., después de las 20 semanas de gestación, en ausencia de proteinuria (23).
  - Preeclampsia: Entidad patológica caracterizada por la elevación de la presión arterial, mayor a 140/90 mmHg. en gestantes a partir de las 20 semanas de gestación y puede o no cursar con proteinuria (mayor a 300mg/L) y presencia de edemas (23).
  - Eclampsia: Hipertensión inducida por el embarazo más convulsiones Síndrome HELLP: Presencia de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia (23).
  - Hipertensión arterial crónica: Es detectada antes del embarazo o antes de las semanas del mismo (23,24).
  - Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: Es la hipertensión crónica que en la segunda mitad del embarazo se complica con un aumento brusco de la presión arterial respecto a su basal. Además puede cursar con un incremento de la proteinuria y la presencia de signos de falla multiorgánica (23,24).
- **Ruptura prematura de membranas:**  
Definida como la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo (25).
- **Relacionadas con la placenta :**
  - **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta:**  
También denominado Abruption Placentae, es la separación prematura, total o parcial de la placenta de su inserción decidual. Se caracteriza por hemorragia, dolor e hipertonía

uterina. Se relaciona con un aumento de la morbimortalidad perinatal, concerniente a hipoxemia, asfixia, bajo peso al nacer y parto prematuro (26).

- **Placenta previa:**

Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Puede cubrir completamente el orificio cervical interno (placenta previa oclusiva) o insertarse muy cerca al mismo (placenta previa marginal y de inserción baja). Representa el 20% de las hemorragias del tercer trimestre de gestación y está relacionada a parto prematuro y rotura prematura de membranas, lo cual incrementa la morbimortalidad perinatal (27).

- **Senescencia placentaria:**

Se describe como el envejecimiento exagerado de la placenta, que ocasiona una obstrucción progresiva de los vasos intervlositarios, fibrosis y colagenosis del estroma. Consecuentemente, se produce una insuficiencia placentaria que podría derivar en hipoxia y restricción de crecimiento intrauterino (28).

- g) **Otras:** Complicaciones en el trabajo de parto, defunción materna no relacionada con la gestación, embarazo prolongado.

Las causas más comunes de muerte fetal son condiciones obstétricas y anomalías placentarias, seguidas de anomalías genéticas fetales, infecciones, trastornos hipertensivos y otras condiciones médicas maternas (29).

Es importante que la mujer conozca si tiene alguna enfermedad previa al embarazo con el objetivo de tomar las medidas necesarias y/o decidir si quiere llevar a cabo la gestación (8,10).

Además, existen algunos factores que aumentan el riesgo de sufrir un óbito fetal: consumo de alcohol, tabaco, drogas, obesidad materna. Es muy importante que la mujer lleve un estilo de vida sano durante todo el embarazo.

## A. Causas fetales

Es posible que algunas alteraciones en el feto durante la gestación sean las responsables de la muerte del mismo (11):

### a) Alteraciones del desarrollo:

#### **Restricción de crecimiento intrauterino (RCIU):**

Cuando el feto no crece al ritmo adecuado y es más pequeño, es determinado por un peso fetal estimado por debajo del percentil 10 para su edad gestacional. Se pueden describir 3 tipos de patrones: fetos constitucionalmente pequeños que no poseen ninguna patología, fetos pequeños por insuficiencia placentaria y fetos pequeños por una condición extrínseca a la placenta, incluye infecciones fetales, síndromes genéticos, cromosopatías y malformaciones congénitas (30).

#### **Macrosomía fetal:**

Se refiere al peso del recién nacido, cuando éste se encuentra por encima del percentil 90 o es mayor a 4000gr. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de macrosomía fetal se encuentran la obesidad materna, diabetes materna mal controlada y ganancia excesiva de peso durante el embarazo. La mortalidad del feto macrosómico es más elevada, sobretodo en madres diabéticas (31).

### b) Alteraciones en el líquido amniótico:

#### **Oligoamnios**

Es el volumen deficiente de líquido amniótico (Índice de Líquido Amniótico menor a 5), asociado a restricción de crecimiento intrauterino, patología renal, obstrucción del tracto urinario, defectos del tubo neural, rotura prematura de membranas (32).

#### **Polihidramnios:**

Es el incremento de volumen de líquido amniótico, caracterizado por un índice de líquido amniótico mayor o igual a 25. Entre sus principales causas se encuentran alteraciones gastrointestinales como atresia esofágica, onfalocele y gastrosquisis, además está

asociado a patologías maternas como la diabetes mal controlada y anomalías placentarias como corioangioma (33).

- c) Alteraciones genéticas y cromosómicas.
- d) Malformaciones congénitas. Son defectos estructurales en la morfogénesis al momento de nacer.
- e) Embarazo múltiple: desequilibrio circulatorio en beneficio de un bebé y perjuicio del otro.
- f) Patología de cordón umbilical: circulares, nudos, torsiones y roturas.
- g) Vasa previa: los vasos sanguíneos fetales no están protegidos por el cordón, pueden rasgarse y provocar una hemorragia en el bebé.
- h) Incompatibilidad Rh: el Rh de la sangre materna es diferente del Rh del bebé.

#### 3.1.4 Manifestaciones clínicas

Durante los primeros 3 meses de gestación, los síntomas de muerte fetal son subjetivos y escasos, se puede mencionar la desaparición de los signos generales de embarazo como náuseas, vómitos y otros, así como detención del crecimiento del útero que puede advertirse por la palpación combinada. Durante el interrogatorio se conoce que los movimientos activos del feto han dejado de ser percibidos, simultáneamente puede haberse producido un escalofrío intenso (34).

Las pacientes refieren la desaparición de los síntomas subjetivos de embarazo, como la tensión en los senos, la inapetencia y la sensación de tener un cuerpo extraño en el abdomen. Además, se reducen o desaparecen las várices y los edemas, y el vientre disminuye de tamaño. El estado general suele ser bueno, inclusive mejor que antes. Si la muerte del feto se debe a un estado hipertensivo, la tensión arterial baja (35).

Cuando se realiza la inspección, se detecta que el volumen del vientre no se corresponde con el que debiera tener según el tiempo de embarazo. Al presionarse la mama puede extraerse calostro (35).

Con la palpación se determina que el útero es pequeño para el tiempo de gestación, que está en general blando y no es contráctil, aunque puede

estar contracturado. La percepción de las partes fetales es poco clara y los polos son imprecisos. La cabeza fetal da a veces la sensación de crepitación (signo de Negri). La medición permite comprobar la regresión del fondo del útero y la disminución del perímetro abdominal (36).

Al realizar la auscultación no se encuentra latidos cardiacos fetales. Pueden encontrarse soplos uterinos y ruidos hidroaéreos. Con frecuencia se advierte la trasmisión intensa de los latidos aórticos, por la reabsorción del líquido amniótico (signo de Boero) (36).

Mediante el tacto vaginal se detecta que la cabeza está mal acomodada y el peloteo fetal no se produce con facilidad, además puede apreciarse la crepitación ósea (35).

### **3.1.5 Diagnóstico**

A menudo es la paciente quien primero sospecha la muerte fetal, por el cese de los movimientos fetales. Esto plantea dos problemas fundamentales: determinar con seguridad la muerte fetal y establecer la causa. En ocasiones no es fácil realizar el diagnóstico de muerte fetal, se establece por los síntomas, el examen físico y una serie de exploraciones adicionales entre las que se encuentran la radiografía y la ecografía, el estudio del corazón fetal por ultrasonografía y electrocardiografía, la amnioscopia, amniocentesis y las determinaciones hormonales (36).

Se han descrito más de 20 signos radiológicos de la muerte fetal intrauterina. Estos signos no se desarrollan hasta el sexto o séptimo mes de embarazo y no se observan si la muerte fetal es reciente. Más que signos de muerte fetal son signos de maceración, pero no son constantes y además, algunos se pueden encontrar en fetos vivos. Entre los signos más importantes se encuentran los que se mencionan a continuación (36).

#### **a) En la cabeza**

- El cabalgamiento de los huesos del cráneo (signo de Spalding) que ocurre entre 2 y 14 días después de la muerte fetal. Este signo requiere una osificación clara y especialmente útil entre las

semanas 26 y 36 de gestación, pero no tiene significado luego del encaje del vértice.

- El aplanamiento de la bóveda (signo de Spangler).
- La asimetría cefálica (signo de Horner).
- Halo radiolúcido del cráneo fetal debido a la separación del panículo adiposo pericraneal y cuero cabelludo, que ocurre 2 a 4 días después de la muerte fetal (signo de Borell).
- Caída del maxilar inferior (signo de Brakeman)

**b) En la columna vertebral**

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

**c) En el tórax**

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

**d) En las extremidades**

- La incoordinación evidente de la posición de las extremidades conocida como "ensalada de huesos".

**e) Otros**

- Feto nadador, derrumbe fetal, ausencia de cambios en la posición (en 2 tomas ultrasonográficas es posible valorar la muerte fetal en pocas horas y actitud fetal de flexión extrema).
- Para algunos tiene valor la amniografía al demostrar la ausencia del material de contraste en el estómago e intestino fetal (falta de deglución) (36).

En la Ecografía, si el examen es positivo, puede sospecharse seriamente la muerte fetal. Los principales indicios son:

- Ausencia del latido cardíaco.
- Ausencia de movimientos fetales.
- Achatamiento del polo cefálico y pérdida de la estructura fetal normal.
- Halo pericraneal, como presencia de una zona sonoluciente alrededor de los huesos del cráneo.
- Falta de crecimiento fetal en el seguimiento de la biometría.
- Contorno irregular del cráneo, con superposición ósea.
- Múltiples ecos raros en la región del tronco y cráneo fetal.
- Contornos mal definidos de la estructura fetal por penetración de líquido amniótico (36,37).

En la Amnioscopia, aunque es poco utilizada esta prueba puede revelar las modificaciones de coloración del líquido. En caso de que la muerte fetal sea reciente, dicho líquido puede estar teñido de meconio por el sufrimiento fetal pero si la muerte data de 8 días o más puede mostrar una coloración sanguínea o achocolatado (36).

La Amniocentesis es otra prueba que se utiliza poco, sólo en una época avanzada del embarazo. La presencia de meconio en el líquido amniótico no es una prueba de muerte fetal intrauterina, pero si se une a una clínica de muerte fetal, constituye un signo a favor del diagnóstico sospechado, así como también lo es un líquido de color pardo rojizo (signo de Baldi-Margulies) (36.37).

Algunas determinaciones hormonales, como las pruebas biológicas cuantitativas (coriogonadotropina coriónica), no son seguras si el embarazo se encuentra en el último trimestre, ya que normalmente son bajas o casi siempre negativas. Son bastante seguras las determinaciones de estrógenos en la orina de 24 horas o en sangre, porque descienden rápidamente después de la muerte fetal. En el último trimestre son normales cifras de 16 mg de estriol en orina de 24 horas. Por debajo de 7 mg se puede afirmar la muerte fetal. La Alfafetorpotéina disminuye con la muerte del feto, pero no da certeza (1, 36).

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

- **Cardiotocografía:** La cardiotocografía es el registro simultáneo de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas. Puede ser externa, cuando se registran la dinámica uterina y la frecuencia cardíaca fetal a través de la pared abdominal de la madre, o interna, cuando se realiza el registro a través de electrodos colocados en el interior de la cavidad uterina.
- **Cardiotocografía con estimulación o de estrés.**
- **PBF (perfil biofísico):** El análisis combina el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal (prueba sin esfuerzo) y la ecografía fetal para evaluar la frecuencia cardíaca, la respiración, los movimientos, el tono muscular y el nivel de líquido amniótico del feto. Luego se otorga un puntaje a las mediciones obtenidas en la prueba sin esfuerzo y la ecografía según si se cumple con ciertos criterios. Por lo general, el perfil biofísico se recomienda cuando las mujeres tienen un aumento del riesgo de que se presenten problemas que ocasionen complicaciones o pérdida del embarazo. El análisis se suele realizar después de la semana 32 de embarazo pero también puede llevarse a cabo si el embarazo es lo suficientemente avanzado como para considerar la realización del parto (por lo general después de la semana 25) (1).

En cuanto a determinar la causa de la muerte fetal, si no pudiera aclararse por el cuadro clínico y el examen anatomopatológico, debe buscarse ésta en una diabetes latente, un conflicto de grupo sanguíneo materno poco frecuente, así como sífilis, toxoplasmosis y listeriosis (1, 36,37).

### **3.1.6 Resolución del parto**

La edad gestacional es el factor más relevante para decidir el momento y la forma de resolución del parto. Es entendible el deseo materno de resolverlo prontamente, en general no es una situación de emergencia. En el segundo trimestre la dilatación y evacuación es posible pero limita el estudio fetal posterior. La manera más aceptada y difundida es la inducción del trabajo de parto. Antes de las 28 semanas, el empleo de Misoprostol en dosis de 200 a 400 mcg cada 4 a 6 horas por vía vaginal o el uso de oxitocina son opciones aceptables. Luego de las 28 semanas se puede seguir el protocolo de inducción de parto convencional. La operación cesárea debe reservarse para las situaciones de morbilidad materna que contraindiquen un parto vaginal (38).

En condiciones de cesárea anterior antes de las 24 semanas puede utilizarse Misoprostol. Entre las 24 y 28 semanas no hay evidencia para respaldar su uso en forma segura. Luego de las 28 semanas en presencia de malas condiciones obstétricas puede además utilizarse una sonda Folley como método adicional para generar cambios cervicales. La evidencia indica que existe una tasa de rotura uterina semejante a la de un trabajo de parto espontáneo y por lo tanto, puede realizarse una prueba de trabajo de parto. Si hay una cicatriz corporal el manejo debe ser individualizado ante la falta de evidencia respecto del manejo óptimo (39,40).

## 3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### *A nivel Local*

No se han encontrado estudios locales en los últimos 10 años de búsqueda.

### *A nivel nacional*

#### 3.2.1 Autor: Garay WA

**Título:** Características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional De Loreto desde enero 2012 a diciembre 2014.

**Fuente:** Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2015

**Resumen:** El objetivo fue determinar las características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional de Loreto. Estudio descriptivo y transversal, utilizando la información de las Historias. El diseño utilizado es el observacional y retrospectivo. Con una población de 170 casos; muestra es toda la población. El 73,5% de los casos cronológicamente presentó muerte fetal tardía; los de 18 a 35 años representaron el 68,8%, los > de 35 representaron el 18,8% los < de 18 años el 12%; el 27,1% fueron nulíparas; el 50,6% presentó feto de sexo masculino y el 49,4% presentó feto de sexo femenino; el 44,1% tuvieron líquido amniótico claro, el 37,6% líquido meconial espeso. En conclusión, la muerte fetal intrauterina es consecuencia de factores patogénicos que interactúan tempranamente con la unidad madre-feto. La mayor cantidad de muertes fetales fueron tardías, se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de 18 a 35 años, embarazo no controlado adecuadamente (3).

**3.2.2 Autor:** Hernández Velasquez, Yocelin Katuska

**Título:** Características maternas y fetales en gestantes con muerte intrauterina en el Hospital San José del Callao enero 2013 a diciembre de 2016

**Fuente:** Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad San Martín de Porres 2017

**Resumen:** El objetivo es determinar las características maternas y fetales en gestantes con muerte intrauterina atendidas en el Hospital San José del Callao 2013-2016. El estudio es cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal. La muestra 65 historias clínicas de pacientes que presentaron muerte fetal intrauterina. Resultados: características preconceptionales: edad entre 20 a 34 años 66.2%, con secundaria 64.6%, convivientes 76.9% y sin hábitos nocivos 100%. 3 a más gestaciones 55.2%, 2 partos 35.4%, ningún antecedente de aborto 67.7%, cesáreas 93.8% e intervalo intergenésico adecuado 55.4%. características del embarazo: de 1 a 5 controles prenatales con 44.6%, peso materno normal 93.8%, sin anemia 95.4%, ninguna patología 92.3%. características intraparto: edad gestacional pre término 81.5%, cefálica 93.8%, líquido amniótico claro 87.7%, terminación de parto vía vaginal 90.8%. Características fetales: no malformaciones 100%, peso extremadamente bajo 40%, de sexo femenino 69.2%, adecuado para edad gestacional 73.8%. Conclusiones: de las características maternas el rango etario con mayor porcentaje fueron jóvenes de 20 a 34 años, estado civil conviviente, de las intraparto que fueron partos pre término, y de las características fetales de muerte intrauterina hay mayor porcentaje en peso extremadamente bajo, y de sexo femenino; por lo cual es importante optimizar el control prenatal (4).

**3.2.3 Autor:** De la Cruz López, Jimmy André

**Título:** Antecedentes maternos y características obstétricas relacionados a muerte fetal intrauterina en gestantes añosas en el hospital regional de Loreto del año 2013 al 2017

**Fuente:** Tesis para obtener el título profesional de Médico cirujano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana 2018

**Resumen:** **OBJETIVO:** Determinar si los antecedentes maternos y características obstétricas están relacionadas a muerte fetal intrauterina en gestantes añosas **METODOLOGIA:** el presente estudio analítico, Retrospectivo de casos y controles. La muestra fueron todos los casos de muerte fetal en gestantes añosas, que fueron en total 68 . Para este fin se tomará dos controles por cada caso (relación 2/1). Los datos se obtuvieron del registro electrónico de egreso de la base de datos SIP 2000 y de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos validada por expertos. Los datos se analizaron por medio del programa estadístico SPSS v21. La cual se hará de forma analítica. **RESULTADOS:** La gran mayoría de gestantes incluidas en el estudio eran amas de casa, también pudimos encontrar que hubo un gran número de gestantes con bajo nivel educativo, la mayoría provenían de zonas urbanas de Iquitos. el análisis multivariado, a través, del cálculo de la regresión lineal múltiple, se puede concluir que solo provenir de zonas Rurales, Gran múltipara, periodo intergenésico largo, CPN inadecuado, y antecedentes de aborto, son factores de riesgo para muerte fetal intrauterino en el Hospital Regional de Loreto, y la presencia de enfermedad hipertensiva del embarazo, antecedentes de bajo peso y Óbito fetal no están asociados a la muerte fetal intrauterino. **CONCLUSION:** Se puede concluir que, en el Hospital regional de Loreto, durante los últimos 5 años, las gestantes añosas (35 a más años) tienen mayor riesgo de muerte fetal intrauterino, que las gestantes de edades de 18 a 34 años (41).

### ***A nivel internacional***

**3.2.4 Autor:** Valladares Z, García V, Buján V, Couceiro E, López C

**Título:** Muerte fetal intrauterina: ¿podemos actuar en su prevención?

**Fuente:** Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2013; 78(6): 413-418.

**Resumen:** Objetivos: Análisis de los factores etiopatogénicos, maternos, fetales y placentarios, asociados a la muerte fetal intrauterina (MFIU). Análisis de los avances en el diagnóstico causal de la MFIU tras instauración de un protocolo específico. Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Análisis de todos los casos de muerte fetal tardía en gestaciones únicas acontecidas en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (España, 2005- 2010). Resultados: Hubo 56 casos de muerte fetal tardía. De las gestantes estudiadas, 4 eran menores de 17 años y 19 mayores de 35 años, un 21,4% fumaban, el 60% tenía un IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> y el 18% no controlaron el embarazo. La patología materna predominante fue la tiroidea, mientras que las patologías gestacionales principales fueron diabetes gestacional, preeclampsia y amenaza de parto prematuro. El principal motivo de consulta fue la disminución de movimientos fetales. Se realizó estudio anatomopatológico placentario en el 82% y necropsia en el 73%. El porcentaje de causa desconocida en el grupo de no protocolo fue 20% y con protocolo 15%. Conclusión: El establecimiento de la causa de MFIU es difícil y en algunos casos no posible, aunque sí el reconocimiento de factores de riesgo. La implantación de un protocolo permitió un mayor acercamiento a la causa de la muerte fetal y mejor manejo posterior. La autopsia, el estudio de la placenta, los análisis citogenéticos y el estudio de trombosis materna son la base para el diagnóstico de MFIU (42).

**3.2.5 Autor:** Túa Andrade Katherine Pamela

**Título:** Factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de Centro Obstétrico del hospital San Vicente de Paúl durante el período 2015 al 2017.

**Fuente:** Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte (Ecuador), 2018.

**Resumen:** El objetivo principal fue determinar los factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del hospital San Vicente de Paúl, el cual se utilizó la metodología descriptiva, retrospectiva, cuantitativa, no experimental, La muestra es de 76 casos de óbito fetal; esta información se obtuvo utilizando una ficha de registro con los datos recogidos de las historias clínicas. Los principales resultados y conclusiones que se encontraron fueron: con relación a los factores sociodemográficos se presentaron con mayor frecuencia fueron en mujeres gestantes dentro de las edades de 25 a 35 años, residentes en la zona urbana, de etnia mestiza, en cuanto a la ocupación dedicaban a los quehaceres domésticos por lo que su nivel de educación corresponde a que solo llegaron a la secundaria. Los factores de riesgo relacionados con comorbilidades maternas fueron las infecciones del tracto urinario, anemia en sus diferentes grados y la obesidad, en cuanto a los factores menos frecuentes, pero no menos importantes se encontraron con antecedentes maternos de aborto y complicaciones maternas como ruptura prematura de membranas, el cual suelen presentarse como consecuencia de las comorbilidades antes mencionadas. La frecuencia de estos casos, se presentaron con mayor frecuencia en los meses de junio, noviembre y diciembre, el cual se observó que en el 2015 existió el mayor número de casos de óbito fetal (5).

### 3.2.6 Autor: Morán YF

**Título:** Factores asociados a obito fetal intra y extrahospitalarios de mujeres atendidas en el servicio de Ginecoobstericia del Hopsital Amistad Japón-Nicaragua. Granada, Enero 2015 a Diciembre 2017.

**Fuente:** Tesis de grado de doctor en medicina-cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. 2017

**Resumen:** Con el propósito determinar los factores asociados a Óbito Fetal intra y extra hospitalario, se realizó estudio descriptivo de corte transversal de un 78.7% de todos los casos que sucedieron en el dicho hospital. Para el análisis se hizo uso de un instrumento de recolección de la información elaborado de los mismos indicadores que se utilizan para la vigilancia epidemiológica de las muertes perinatales e infantiles, posteriormente la información se introdujo en un sistema computarizado que el SPSS 21 para Windows, posteriormente por medio de prueba de significancia estadística como es el Chi cuadrado y Coeficiente de contingencia se valoró la relación, tomando en cuenta una  $p < 0.05$ . Los resultados demuestran que de los casos sucedido de esto 32 el 78.1% fueron muertes fetas tardías y el 21.9% fueron muertes fetales intermedia. Donde el 50.0% presento muertes fetales tardías. Los antecedentes obstétricos que sobresalió en este grupo de mujeres investigada, el 53.1% no habían tenido o al menos 1 embarazo y de estas el 43.7% presentaron muerte fetal tardía. Durante el embarazo del producto perdido el 18.7% de las mujeres que tuvieron muerte fetal tardía presentaron IVU o bacteriuria asintomática, el 9.3% vaginosis, 3.1% cervicitis y diabetes gestacional. La causa básica de defunción fue la circular de cordón ajustada al cuello en 25.0% de todas siendo 18.7% muertes fetales tardía, seguido de la insuficiencia placentaria en 9.3%. De 15.6% de las muertes fetales tardías no tuvieron causas demostrables evidentes (6).

**3.2.7 Autores:** Alfredo Ovalle, Ariel Fuentes, Valentina Chacón, Carolina Espinoza, Rodrigo González, Manuel Ramos, Jorge Geraldo, Letsy Osses, Elena Kakarieka

**Título:** Método de clasificación de mortinatos según condición obstétrica relevante de la muerte fetal, en un hospital público de Chile (Método CORM) *A new fetal death classification system*

**Fuente:** Revista médica de Chile Vol.144 nro. 8 Santiago de Chile 2016

**Resumen:** Objetivo: Informar un sistema de clasificación de muertes fetales. Material y métodos: estudio de cohorte retrospectivo de 29,916 nacimientos con 258 muertes fetales ocurridas en un hospital público. Los datos se obtuvieron a partir de informes de auditoría de mortinatos. Se aplicó el método de clasificación "condición obstétrica relevante para la muerte", basado en los hallazgos patológicos obstétricos y placentarios analizados exclusivamente por un solo obstetra y un solo patólogo. Resultados: se identificó el noventa y dos por ciento de las condiciones obstétricas que causaron la muerte fetal. Las más frecuentes fueron las infecciones bacterianas ascendentes en 26%, las anomalías congénitas en 19%, la hipertensión arterial en 12% y la patología placentaria en 12%. La restricción del crecimiento fetal se identificó en el 50% de las muertes fetales. La abrupción de la placenta como la causa final de muerte fetal se identificó en el 60% de los casos con hipertensión arterial, el 43% de los casos con patología placentaria y el 37% de las infecciones ascendentes. Las muertes fetales ocurrieron durante el embarazo en el 82% de los casos y durante el parto en el 17%. Conclusiones: El método de "condición obstétrica relevante para la muerte" para la clasificación de la muerte fetal es eficaz para identificar la causa obstétrica originada de la muerte fetal y reduce el impacto de la restricción del crecimiento fetal y la asfixia intraparto como las principales causas de muerte (43).



### 1. Técnica de estudio, instrumentos y materiales de verificación

**Técnica:** En la presente investigación se aplicó la técnica de revisión documentaria, en historias clínicas.

Variable	Indicador	Técnica	Instrumento
Incidencia de muerte fetal	N° de casos de muerte fetal intrauterina/ 1000 nacidos vivos	Observacional	Ficha de recolección de datos (Anexo 1)
Características maternas	Edad materna		
	Grado de instrucción		
	Embarazos previos		
	Controles prenatales		
	Patología materna		
	Patología del embarazo		
Características Fetales	Momento de muerte fetal		
	Sexo del neonato		
	Malformaciones		
	Incompatibilidad sanguínea		
	Alteraciones del desarrollo		
	Alteraciones del cordón umbilical		
	Características del líquido amniótico		

### 1.1 Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal

## 2. Campo de verificación

### 2.1. Ubicación espacial:

**Ámbito general:** Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito Cercado.

**Ámbito específico:** Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ubicado en Av. Daniel Alcides Carreón nro. 505

**Caracterización del lugar:** Ámbito institucional. El estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

**Delimitación geográfica del lugar:** (Anexo 2)

### 2.2. Ubicación temporal:

**Cronología:** El estudio se realizó desde Enero del 2015 hasta Diciembre del 2018

**Visión Temporal:** Retrospectivo

**Corte Temporal:** Transversal

**2.3. Unidades de estudio:** Historias clínicas de gestantes con muerte fetal intrauterina atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

**Universo:** Todas las historias clínicas de gestantes con muerte fetal intrauterina atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

**Muestra:** Se tomó a todo el universo.

Se halló la incidencia de gestantes con muerte fetal intrauterina según el número de nacidos vivos. (Nro. De casos por 1000 nacidos vivos).

#### **2.4. Criterios de selección:**

##### **– Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de gestantes con el diagnóstico de muerte fetal intrauterina
- Muerte fetal ocurrida después de las 22 semanas.

##### **– Criterios de exclusión**

- Historias clínicas incompletas

### **3. Estrategia de Recolección de datos**

#### **3.1. Organización**

Para la elaboración de la presente tesis se solicitó la autorización correspondiente a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. (Anexo 3).

Se recibió una carta de aprobación por parte del hospital (Anexo 4). Se hizo la revisión de las historias clínicas perinatales de mujeres con diagnóstico de muerte fetal intrauterina para identificar las características maternas y fetales, las cuales se registrarán en una ficha de recolección de datos.

### **3.2. Recursos**

#### **A. Humanos**

- Investigadora: Brenda Valerie Pacheco Quispe
- Asesora: Dra. Jannet Escobedo Vargas

#### **B. Físicos**

- Historias clínicas, ficha de recolección de datos
- Materiales de escritorio,
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

#### **C. Económicos**

- Autofinanciado

#### **D. Institucionales**

- Se utilizaron las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa.

### **3.3. Validación del Instrumento**

Se empleó una ficha de recolección de datos, que no requiere de

validación por tratarse de un instrumento para recolectar información.

### 3.4. Estrategia para el manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento

##### **Tipo de procesamiento**

El tipo de procesamiento fue manual y electrónico.

##### **Operaciones de la sistematización**

**Plan de clasificación:** Los datos fueron ordenados en una matriz de registro y control ( documental)

**Plan de recuento:** Manual y electrónico

**Plan de tabulación:** tablas de entrada simple y doble entrada, numéricos y literales

**Plan de graficación:** Gráficos de barras y torta.

#### b) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con determinación de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas; para variables numéricas se calcularon medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar). Para el análisis de datos se empleará el programa Excel 2016 con su complemento analítico, y el paquete estadístico SPSS v.22 para Windows.



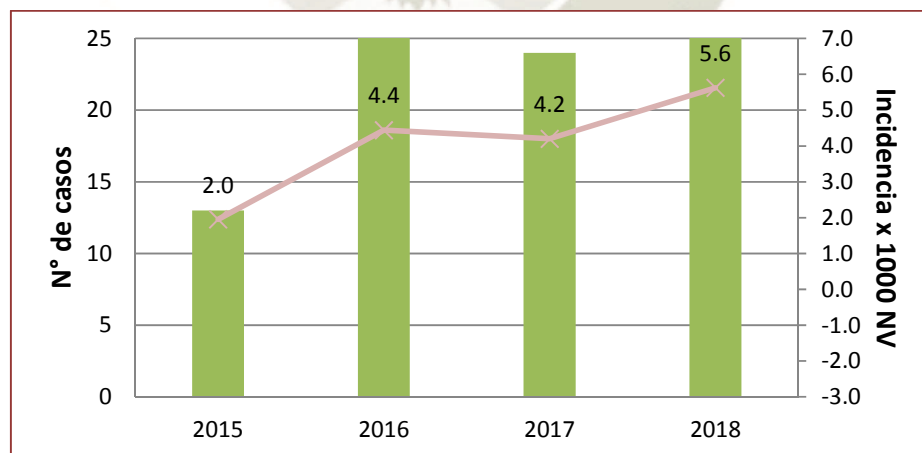
**TABLA N°. 1**  
**Incidencia de muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional**  
**Honorio Delgado Espinoza. 2015-2018.**

Año	Total Nacidos Vivos (NV)	N° casos	Incidencia x 1000 NV
2015	6655	13	2.0
2016	6527	29	4.4
2017	5711	24	4.2
2018	5511	31	5.6
<b>Total</b>	<b>24404</b>	<b>97</b>	<b>4.0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la incidencia de muerte fetal intrauterina en el periodo 2015-2018; se produjeron un total de 97 muertes fetales, que constituyen una incidencia de 4.0 casos por cada 1000 nacidos vivos. En el 2015 se halló una incidencia de 2.0, en el 2016 de 4.4, en el 2017 fue de 4.2 y en el 2018 de 5.6 muertes fetales por mil nacidos vivos.

**GRÁFICO N°. 1**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica.

**TABLA N°. 2**

**Momento de muerte fetal según edad gestacional, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado 2015-2018**

Momento de muerte fetal	N°	%
<b>Temprana</b>	37	38.14%
<b>Tardía</b>	60	61.86%
<b>Total</b>	97	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra momento en el que ocurrió la muerte fetal; de los 97 casos, el 38.14% fueron muertes fetales producidas antes de las 28 semanas de gestación y 61.86% mayores o iguales a las 28 semanas. Del total de casos, solo 32 contaron con estudio anatomopatológico (32.99%) y 65 no tenían dicho estudio (67.01%).

**GRÁFICO N°. 2**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

**TABLA N° 3**

**Características maternas de los casos de muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. 2015-2018**

		N°	%
<b>Edad materna</b>	< 17 años	2	2.06%
	18-34 años	70	72.16%
	>35 años	25	25.77%
<b>Grado de instrucción</b>	lleturada	1	1.03%
	Primaria	12	12.37%
	Secundaria	55	56.70%
	Superior	29	29.90%
<b>Paridad</b>	Primigesta	23	23.71%
	Segundigesta	29	29.90%
	Multigesta	37	38.14%
	Gran multigesta	8	8.25%
<b>Control Prenatal (CPN)</b>	Ninguno	14	14.43%
	1-5 CPN	48	49.48%
	6 a más CPN	35	36.08%
<b>Total</b>		97	100.00%

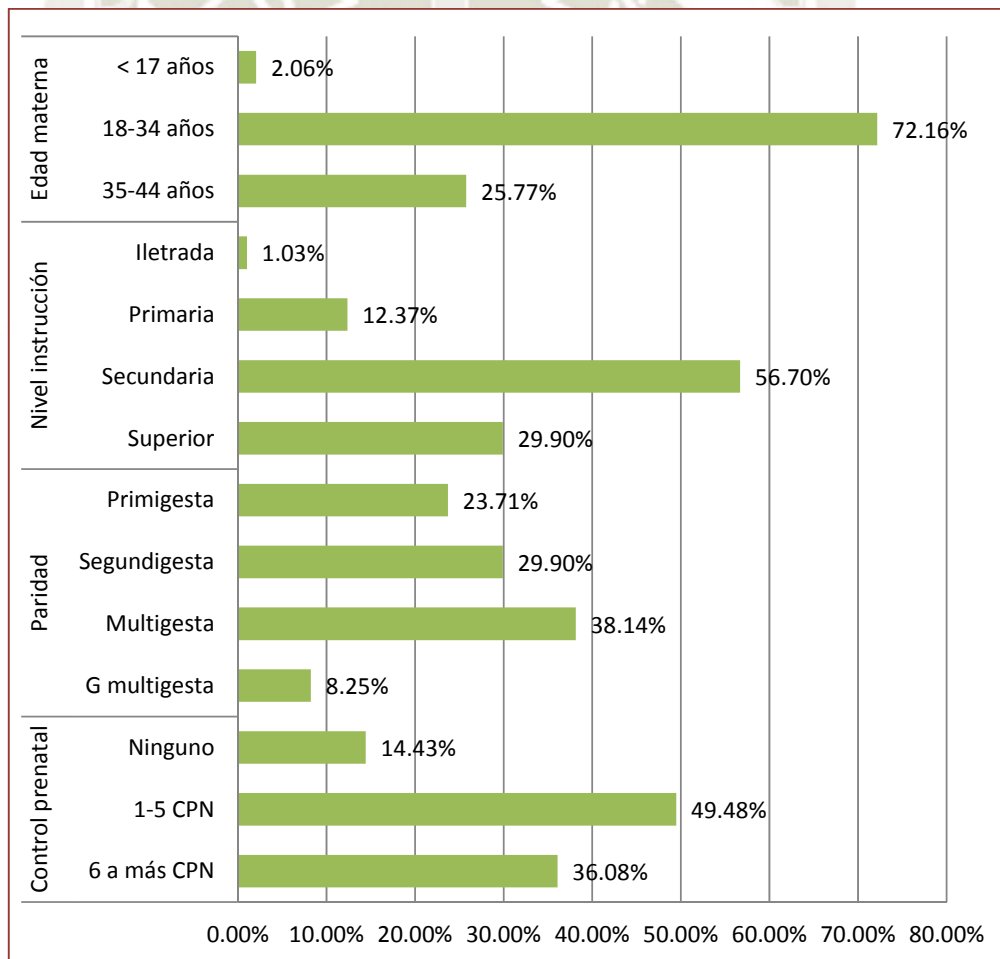
Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

Entre las características maternas de los casos con muerte fetal intrauterina, la **Tabla y Gráfico 3** muestran que el 9.28% de gestantes fueron adolescentes y 25.77% fueron añosas. En relación al grado de instrucción, el 12.37% recibieron educación primaria, el 56.70% secundaria y el 29.90% de mujeres tenían estudios superiores. Un 23.71% de madres fue primigesta, 29.90% segundigesta, 38.14% multigesta y el 8.25% de casos eran gran multigesta.

Según el número de controles prenatales, solo el 36.08% tuvieron un control prenatal adecuado (más de 6 controles), el 14.43% de casos no tuvo ningún control prenatal y el 49.48% tuvo de 1 a 5 controles.

### GRÁFICO N° 3

#### Características maternas de los casos de muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. 2015-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

**TABLA N°. 4**  
**Patologías pregestacionales de mujeres que presentaron muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. 2015-2018**

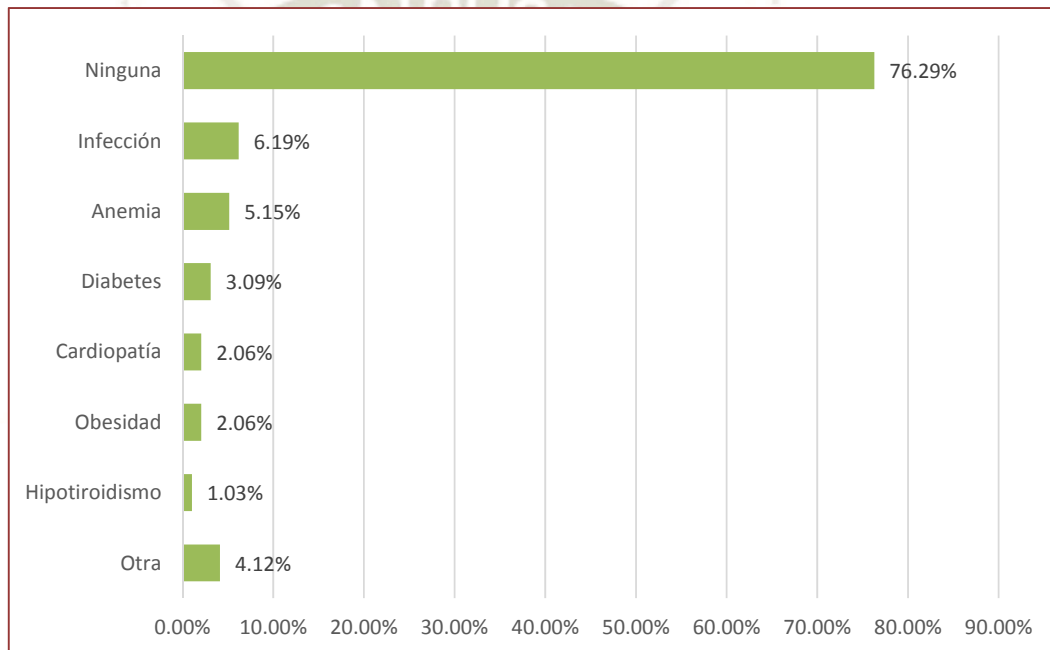
	N°	%
<b>Ninguna</b>	74	76.29%
<b>Infección</b>	6	6.19%
<b>Anemia</b>	5	5.15%
<b>Diabetes</b>	3	3.09%
<b>Cardiopatía</b>	2	2.06%
<b>Obesidad</b>	2	2.06%
<b>Hipotiroidismo</b>	1	1.03%
<b>Otra</b>	4	4.12%
<b>Total</b>	97	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

En la **Tabla y Gráfico 4** se describen las patologías maternas presentes antes del embarazo, el 76.29% de mujeres no presentó ninguna patología, en el 6.19% hubo infecciones. 5.15% tuvo anemia, 3.09% diabetes y en 2.06% cardiopatía congénita u obesidad, con 1.03% de casos con hipotiroidismo, entre otros.

#### GRÁFICO N°. 4

### Patologías pregestacionales de las madres que presentaron muerte fetal intrauterina



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

**TABLA N°. 5**

**Patologías del embarazo en gestantes con muerte fetal intrauterina  
en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. 2015-2018**

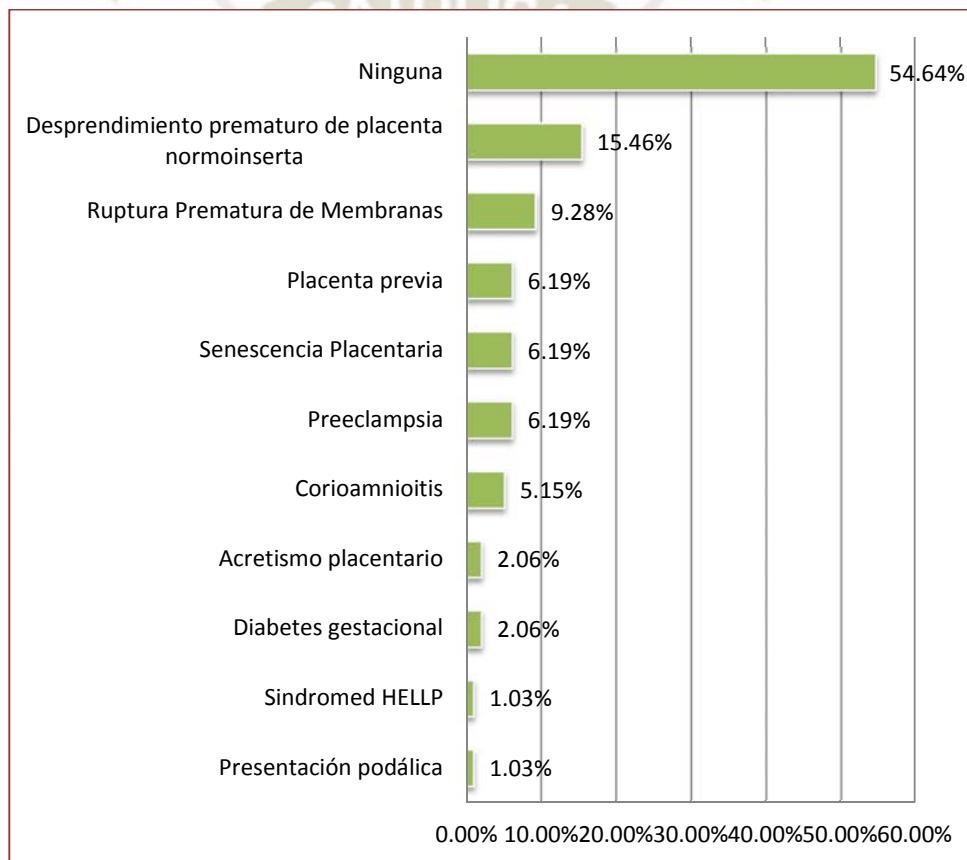
	N°	%
<b>Ninguna</b>	53	54.64%
<b>Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta</b>	15	15.46%
<b>Ruptura prematura de membranas</b>	9	9.28%
<b>Placenta previa</b>	6	6.19%
<b>Senescencia placentaria</b>	6	6.19%
<b>Preeclampsia</b>	6	6.19%
<b>Corioamnioititis</b>	5	5.15%
<b>Acretismo placentario</b>	2	2.06%
<b>Diabetes gestacional</b>	2	2.06%
<b>Síndrome HELLP</b>	1	1.03%
<b>Presentación podálica</b>	1	1.03%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

En la **Tabla y Gráfico N°.5** se aprecia que las patologías asociadas al embarazo se desarrollaron en 45.36% de casos, de los cuales 15.46% fueron desprendimiento prematuro de placenta, enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia y Síndrome HELLP) en 7.22%, la ruptura prematura de membranas se presentó en 9.28%, placenta previa y senescencia placentaria en 6.19% cada una, en menor proporción se encontró corioamnioititis (5.15%). Además se halló dos casos de acretismo placentario y dos de diabetes gestacional.

### GRÁFICO N°.5

#### Patologías del embarazo en gestantes con muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. 2015-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

**TABLA N° . 6**

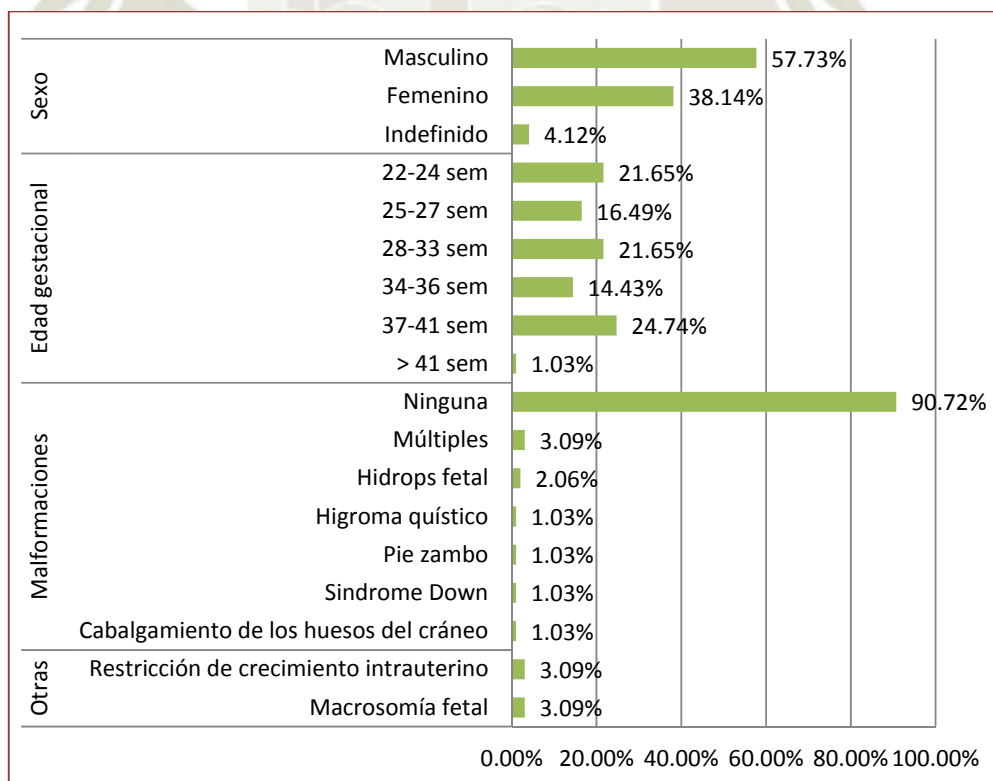
**Características fetales de los casos de muerte fetal intrauterina en el  
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. 2015-2018**

Características		N°	%
<b>Fetales</b>			
<b>Sexo</b>	Masculino	56	57.73%
	Femenino	37	38.14%
	Indeterminado	4	4.12%
	TOTAL	97	100%
<b>Edad gestacional</b>	22-24 sem	21	21.65%
	25-27 sem	16	16.49%
	28-33 sem	21	21.65%
	34-36 sem	14	14.43%
	37-41 sem	24	24.74%
	> 41 sem	1	1.03%
	TOTAL	97	100%
<b>Malformaciones</b>	Ninguna	88	90.72%
	Múltiples	3	3.09%
	Hidrops fetal	2	2.06%
	Higroma quístico	1	1.03%
	Pie zambo	1	1.03%
	Síndrome de Down	1	1.03%
	Cabalgamiento de los huesos del cráneo	1	1.03%
<b>Alteraciones del desarrollo</b>	Restricción de crecimiento intrauterino	3	3.09%
	Macrosomía fetal	3	3.09%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

En la **Tabla y Gráfico N°. 6** se muestran las características de los fetos con muerte intrauterina; el 57.73% fueron varones, el 38.14% mujeres, y en 4.12% el sexo fue indeterminado. La edad gestacional calculada de los neonatos fue entre 22 y 24 semanas en 21.65%, de 25 a 27 semanas en 16.49%, un 21.65% tuvo de 28 a 33 semanas, y de 34 a 36 semanas en 14.43%. El 24.74% de casos estuvo a término, y solo un caso postérmino (1.03%). Se encontraron malformaciones congénitas en 9.28% de casos, trastornos del desarrollo como retardo de crecimiento en 3.09% y en el mismo porcentaje macrosomía fetal.

**Gráfico 6**  
**Características de los fetos con muerte intrauterina en el periodo de estudio**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

TABLA N° 7

**Alteraciones del líquido amniótico y cordón umbilical en casos de muerte fetal intrauterina Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2015-2018**

		N°	%
<b>Volumen de líquido amniótico</b>	Normohidramnios	76	78.35%
	Polihidramnios	4	4.12%
	Oligoamnios	15	15.46%
	Anhidramnios	2	2.06%
	TOTAL	97	100%
<b>Característica del Líquido amniótico (LA)</b>	Normal	64	65.98%
	LA verde	15	15.46%
	LA sanguinolento	14	14.43%
	LA puré de arvejas	4	4.12%
	TOTAL	97	100%
<b>Alteraciones del Cordón umbilical</b>	Circular	11	11.34%
	Prolapso	2	2.06%
	Nudos verdaderos	1	1.03%

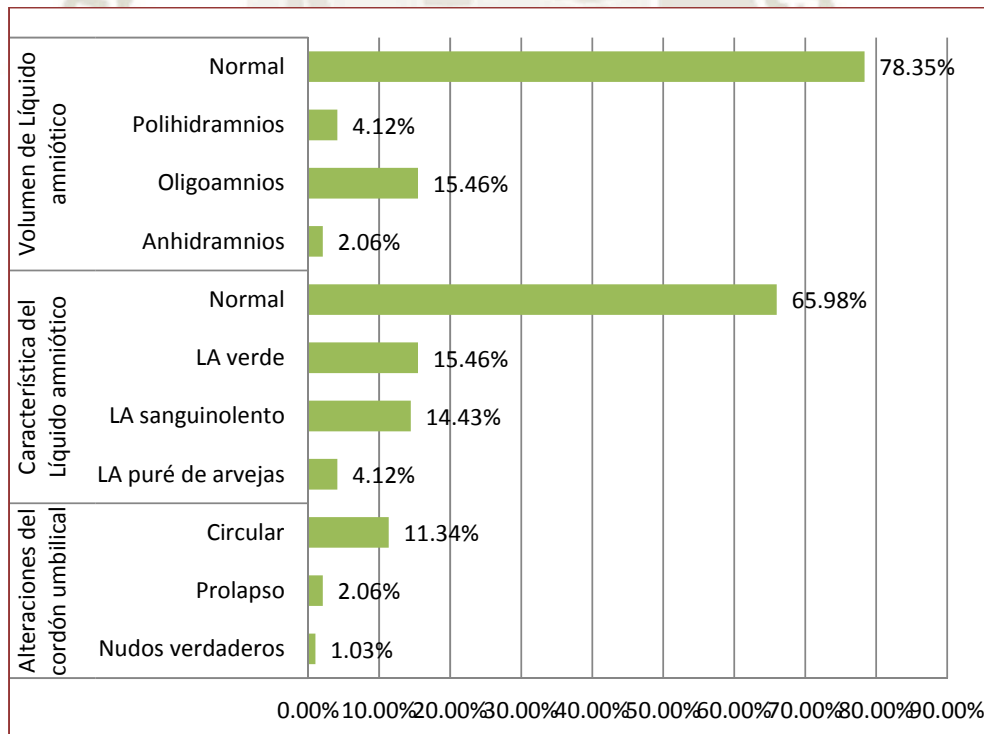
Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

La **Tabla y Gráfico N°.7** muestran las características del líquido amniótico de los casos con muerte fetal intraútero; en 78.35% fue normal, pero en 4.12% hubo polihidramnios, en 15.46% se encontró oligoamnios y

en 2.06% anhidramnios. El líquido tuvo aspecto verdoso claro en 15.46% y en 14.43% sanguinolento; en 4.12% tuvo aspecto de puré de arvejas. Se encontraron alteraciones del cordón umbilical como circular de cordón en 11.34%, prolapso en dos casos (2.06%) y nudos verdaderos en uno (1.03%).

**GRÁFICO N° 7**

**Alteraciones del líquido amniótico y cordón umbilical en casos de muerte fetal intraútero Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2015-2018**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos auténtica

## DISCUSIÓN

La muerte fetal es un problema de salud pública a nivel nacional, por ello es importante determinar su magnitud, causas y factores determinantes. El desarrollo de investigaciones para la identificación de muertes fetales y su comportamiento epidemiológico permiten establecer intervenciones de salud que contribuyan a su reducción. (10)

El presente estudio se realizó con el fin de conocer la incidencia y las características materno fetales de gestantes con el diagnóstico de muerte fetal intrauterina, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el período 2015-2018. Se procedió a la revisión de historias clínicas materno-perinatales de casos de muerte fetal después de las 22 semanas de gestación.

Durante este periodo se produjeron un total de 97 muertes fetales, que constituyen una incidencia promedio de 4.1 casos por cada 1000 nacidos vivos. En el 2015 se halló una incidencia de 2.0, en el 2016 fue de 4.4, en el 2017 de 4.2 y en el 2018 de 5.6 por mil nacidos vivos. De acuerdo a lo reportado por HUERTAS (8) la tasa de muerte fetal hallada en su investigación fue de 7.3 por mil nacidos vivos. Debe considerarse que la comparación de tasa de mortalidad fetal es limitada debido a las diferencias en la definición usada en ambos estudios, en el análisis de Huertas se consideró muerte fetal intrauterina después de las 20 semanas de gestación, además fue realizado en una muestra mayor a la del presente estudio.

El momento de muerte fetal es una característica relevante, ya que muchos estudios señalan que la mayoría de óbitos fetales se producen en forma tardía, después de las 28 semanas de gestación. (3,6). Lo cual corrobora los resultados encontrados en este estudio, donde el 61.86% fueron muertes fetales tardías y el 38.14% fueron tempranas.

En relación a la edad materna, se consideran como embarazos de riesgo a las gestantes adolescentes y gestantes mayores de 35 años. En un estudio caso-control realizado por DE LA CRUZ (41), señala que las gestantes añosas tienen mayor riesgo de muerte fetal intrauterina, pese a no ser un evento contante en gestantes mayores a 35 años. Este último dato también es mencionado en investigaciones recientes, afirmando que la muerte fetal es más frecuente en mujeres entre los 18 y 34 años de edad (5,42) lo cual coincide con el presente estudio en el cual se encontró un porcentaje de 64.95% de casos pertenecientes a este grupo etario.

La educación influye de manera importante en las actitudes y prácticas relacionadas con la salud y comportamiento reproductivo. En el Perú, el 82% de mujeres en edad fértil cuenta con estudios secundarios o superiores. (13) En relación al grado de instrucción de las gestantes, más del 50% de los casos presentaron estudios secundarios o superiores y solo el 12% contaban con educación primaria. La misma característica presentan las mujeres incluidas en el estudio de HERNÁNDEZ (4) y DE LA CRUZ (41). Esta característica es importante ya que el nivel de educación está asociado positivamente con la situación económica e influye en la demanda de servicios de salud. Según la pluralidad de la gestación, no se encontraron diferencias significativas entre primigestas y multigestas.

La atención prenatal incluye acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad en la madre y en el feto. Si no se controla el embarazo, se tiene cinco veces más probabilidad de presentar complicaciones en el embarazo. (13) En el presente estudio, se encontró que 49.48% de gestantes no tuvieron controles prenatales adecuados (menos de 5) y solo 36.08% de 6 a más controles prenatales. De la misma forma, DE LA CRUZ (41) indica en su estudio que el 81% de gestantes no contaban con un control prenatal adecuado.

Se sabe que algunas patologías incrementan el riesgo de óbito fetal, sin embargo los avances en el cuidado médico y obstétrico han disminuido su

probabilidad. El 76.29% de gestantes con muerte fetal no presentaron alguna enfermedad precedente. Entre las patologías encontradas, el 6.19% fueron infecciones, el 5.15% tuvo anemia, el 3.09% fueron casos de diabetes y en 2.06% cardiopatía congénita u obesidad, con 1.03% de casos con hipotiroidismo, entre otros. Resultados similares halló MORÁN (6), quien indica que el 31.1% de gestantes evaluadas en su investigación presentaron alguna infección, como vaginosis bacteriana, cervicitis y bacteriuria asintomática.

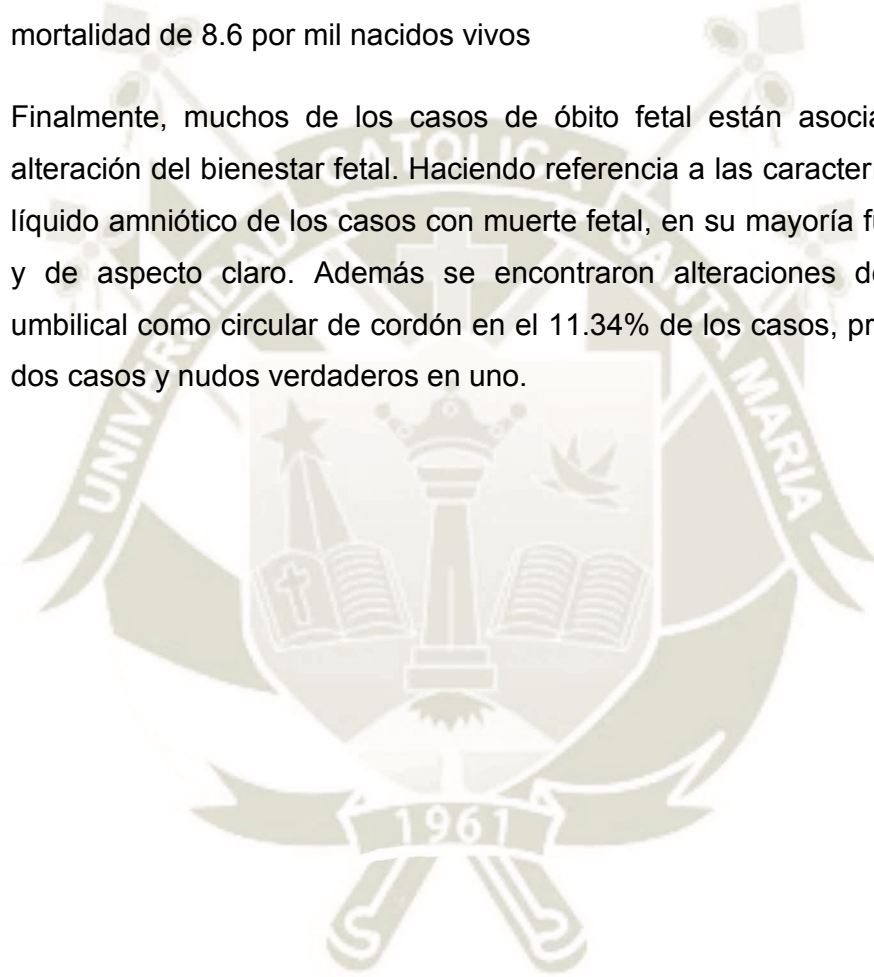
Muchos estudios indican que las condiciones obstétricas son relevantes para la muerte fetal (42,43). El 15.46% de casos presentaron desprendimiento prematuro de placenta, seguido de la ruptura prematura de membrana en 9.28%, el 6.19% de los casos fueron placenta previa, senescencia placentaria o preeclampsia y en menor proporción hubo corioamnioitis (5.15%). OVALLE (43), también muestra resultados similares en su investigación, el 83% de gestantes con óbito fetal presentaron patologías placentarias. De aquí deriva la importancia de realizar estudios anatomopatológicos en la placenta.

En relación a las características de los fetos con muerte intrauterina el 57.73% fueron de sexo masculino y en el 4.12% de casos, no se pudo determinar el sexo. De igual modo, MORENO (44) quien realizó un estudio caso-control de los factores asociados a óbito fetal determinó que el 63.8% de fetos eran de sexo masculino, no encontrándose diferencias significativas de muerte fetal intrauterina. Tal es el caso de GARAY (3), quien señala que su estudio demostró que hay una proporción equitativa entre los fetos de sexo masculino y femenino en su investigación.

En relación a las malformaciones congénitas en 9.28% de los casos presentó alguna malformación. De la misma manera, HERNÁNDEZ (4) menciona que en su estudio no encontró ningún caso de fetos con malformaciones congénitas y que la mayoría fueron neonatos con un peso adecuado para la edad gestacional. Esta discrepancia se explica por la diferencia en la muestra de estudio, que en el caso de Hernández fue de

65 óbitos fetales. Referente a los trastornos del desarrollo, se determinó retardo de crecimiento en 3.09% y en el mismo porcentaje macrosomía fetal. Resultados muy distintos halló OVALLE (43) quien identificó restricción de crecimiento intrauterino en el 50% de los casos de muerte fetal intrauterina, discordancia explicada por la muestra utilizada en este último estudio, que fue de 258 muertes fetales con una tasa de mortalidad de 8.6 por mil nacidos vivos

Finalmente, muchos de los casos de óbito fetal están asociados a la alteración del bienestar fetal. Haciendo referencia a las características del líquido amniótico de los casos con muerte fetal, en su mayoría fue normal y de aspecto claro. Además se encontraron alteraciones del cordón umbilical como circular de cordón en el 11.34% de los casos, prolapso en dos casos y nudos verdaderos en uno.



## CONCLUSIONES

- Primero.** La incidencia de muerte fetal intrauterina es de 4 casos por mil nacidos vivos en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el periodo 2015-2018.
- Segundo.** Las gestantes con muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante el periodo 2015-2018 fueron en una cuarta parte de casos añosas, con educación predominante secundaria, multíparas y con controles prenatales inadecuados, afectadas principalmente por desprendimiento prematuro de placenta y ruptura prematura de membranas.
- Tercero.** Los casos de muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, durante el periodo 2015-2018, ocurrieron más en fetos de sexo masculino con muerte tardía, con una baja afectación por malformaciones.

## RECOMENDACIONES

1. Se considera importante continuar con investigaciones que contribuyan a determinar las causas más frecuentes de muertes fetales y maternas en nuestro medio, para poder tomar medidas preventivas y estrategias que permitan mejorar la atención preconcepcional y prenatal, lo cual que asegura un estado de salud materna óptimo durante el embarazo.
2. Se debe insistir en la importancia del control prenatal en las gestantes, con participación de la pareja o familia. Explicar siempre los signos de alarma y asegurarse que los reconoce, para poder actuar de manera correcta frente a una emergencia.
3. Se debe asesorar sobre la importancia de realizar un estudio anatomopatológico tanto en el feto como en la placenta, para poder determinar la causa exacta de la pérdida.
4. Se sugiere realizar estudios de caso control sobre óbitos fetales, en una muestra mayor y en diferentes establecimientos de salud, sobretodo en Hospitales de referencia como es el caso del hospital en el que se realizó la presente investigación.
5. Se sugiere al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, se verifique los datos completos en las historia clinicas realizadas por el servicio de Gineco obstetricia

## Referencia Bibliográfica

1. De la fuente U. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2ª edición. Madrid: Mc Graw-HillInteramericana; 2004. p.397-402
2. Muerte Fetal In Utero. En: Guía Perinatal 2015. Programa Nacional Salud de la Mujer, Ministerio de Salud, Chile.  
  
Disponible en: <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/muerte-fetal-in-utero>
3. Garay WA. Características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de la muerte fetal intrauterina en el Hospital Regional De Loreto desde enero 2012 a diciembre 2014. Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2015
4. Hernández YK. Características maternas y fetales en gestantes con muerte fetal intrauterina en el Hospital San Jose del Callao Enero 2013 a Diciembre de 2016. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Obstetricia, Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad San Martin de Porres 2017.
5. Túa KP. Factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de Centro Obstétrico del hospital San Vicente de Paúl durante el período 2015 al 2017. Tesis para optar el título de licenciada en Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica del Norte (Ecuador), 2018.
6. Morán YF. Factores asociados a obito fetal intra y extrahospitalarios de mujeres atendidas en el servicio de Ginecoobstericia del Hopsital Amistad Japón-Nicaragua. Granada, Enero 2015 a Diciembre 2017. Tesis de grado de doctor en medicina-cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. 2017

7. Dulay AT. Muerte fetal. En: Manual MSD. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/muerte-fetal>
8. Huertas E. Epidemiología de las muertes fetales: Instituto Especializado Materno Perinatal 2003. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2005;51(4):229-232.
9. Panduro JG, Pérez JJ, Panduro EG, Castro JF, Vázquez MD. Factores de riesgo en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. Rev Chil Obst Ginecol 2011; 76: 169-74.
10. Avila J. Vigilancia de la mortalidad fetal y Neonatal En: Boletín Epidemiológico del Perú Vol. 26 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Limpia, Perú 2017
11. Diago VJ, Perales A, Cohen MC, Perales A. Cap. 2. Muerte fetal tardía. En: Libro Blanco de la muerte súbita. 3ra edición. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro\\_blanco\\_muerte\\_subita\\_3ed\\_1382443264.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_1382443264.pdf)
12. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. En: reporte de la OPS, UNFPA y UNICEF. Ciudad de Panamá, Febrero 2018. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0)
13. Encuesta demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima, Perú. 2017
14. Tipiani-Rodriguez O. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales?. En: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia Vol. 52, núm. 3. Lima, Perú. 2006

15. Tinedo, María J, Santander P, Francisco, Alonso F, José, Herrera H, Adrián, S, Colombo, Díaz, Mardorys, Muerte fetal: caracterización epidemiológica. *Salus*, 2016, 20 (Mayo-Agosto) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375947694008>
  
16. Huerta O, Perez S, Garcia A, Jimenez M, Sandoval L. Factores asociados con muerte fetal en un hospital de segundo nivel de atención en Cancún, Quintana Roo.  
  
En *Rev. CONAMED* Vol.22 México, 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con2017/con171b.pdf>
  
17. Teixidó I, Masoller N, Martínez J, Ramírez JC. Lupus Eritematoso Sistémico y embarazo. En: *Protocolo de medicina fetal y perinatal. Servicio de Medicina Materno Fetal. Barcelona, España. Febrero 2013.* Disponible en:  
  
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/les%20y%20embarazo.pdf>
  
18. Fernández MA, Moreno A, De Santiago AM, Carramiñana FC. Diabetes: clasificación, detección precoz y diagnóstico. En: *Guías Clínicas SEMERGEN. España, 2015.* Disponible en: [http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia\\_Diabetes\\_Semergen.pdf](http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf)
  
19. Pijuan A. Gatzoulis M. Embarazo y cardiopatía. En: *Revista Española de Cardiología. Vol.59. Royal Brompton Hospital. Londres, Reino Unido 2006.* Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/embarazocardiopatia/articulo/13092801/>
  
20. Abarca K. Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. En *Revista Chilena de Infectología. Chile, 2003* Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20s1/art07.pdf>

21. Del Águila C. Repercusiones en el crecimiento y desarrollo del niño. En: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú, 1995
22. Acosta D, Ampudia F, Corcoy R, López J, Cortázar A. Guía Asistencial de Diabetes Mellitus y Embarazo. Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE): Sociedad Española de Diabetes (SED), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Asociación Española de Pediatría (Sección de Neonatología). España, 2006. Disponible en:  
<http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/22-1-7.pdf>
23. Riesco GS. Ramírez F. Córdova ME. Calderón GN. López E. Ávila CP. Clave azul. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo Guía de práctica clínica basada en evidencias. Essalud. Lima, Perú. 2014.
24. Hernández S, Gómez D, Domenech M, Mazarico E, Martínez J. Protocolo Hipertensión y embarazo. Barcelona, España. 2017. Disponible en:  
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertensi%C3%B3n%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>
25. Ramírez M. Lugones M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de La Habana, Cuba, 2010. Disponible en  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08642125201000040001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125201000040001)
26. Viruega D. Abruption Placentae: Una Grave patología Obstétrica. Universidad de Cantabria. Santander, España. 2016. Disponible en:  
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8731/ViruegaCuaresmaD.pdf?sequence=4>

- 27.** Perelló M, Mula R, López M. Anomalías placentarias y manejo de las hemorragias del tercer trimestre. En: Protocolo de medicina fetal y perinatal. Institut Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Barcelona, España 2012. Disponible en:

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%C3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf>
- 28.** Barber MA, Reyes C, Eguiluz I, Alonso L, Hijano JV. Insuficiencia placentaria: concepto y causas. Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional Carlos Haya. Málaga, España 2001. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-insuficiencia-placentaria-concepto-causas-vision-S0210573X0177075X>
- 29.** Bukoski R, Carpenter M, Conway D, Coustan D, Dudley DJ, Goldenberg RL. Causes of death among stillbirths. JAMA. 2011; 306: 2459-68.
- 30.** Valenti EA, Avila N, Amenabar S, Zanuttini E, Crespo H. Restricción de crecimiento intrauterino. En: Actualización de consenso de Obstetricia Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Argentina, 2017. Disponible en:

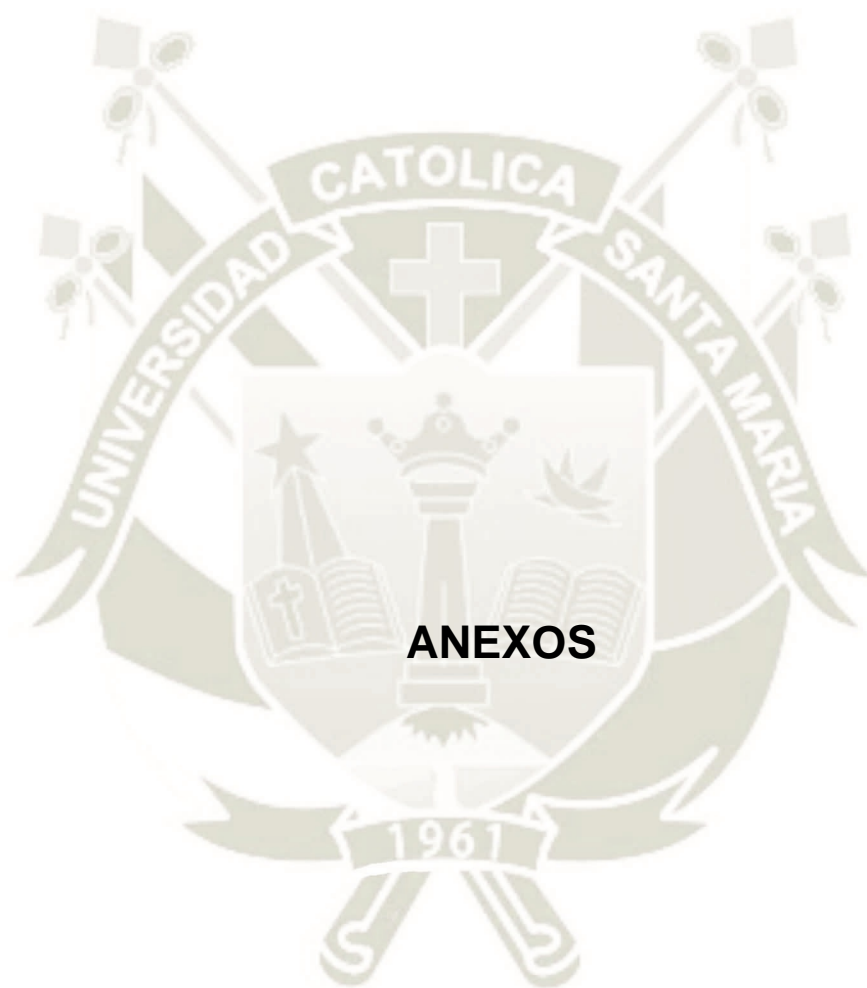
[http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion\\_consenso\\_RCIU\\_FASGO\\_2017.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf)
- 31.** Aguirre A, Pérez A, Echániz U. Recién nacido de peso elevado. En: Protocolo de la Asociación Española de Pediatría. Bilbao, España. 2008 Disponible en:

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf)
- 32.** Eixarch E, Figueras F. Oligohidramnios en gestación única. En: Guía Clínica de medicina fetal y perinatal. Servicio de medicina materno

fetal. Hospital Clínic, Barcelona, España. 2014 Disponible en:  
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/oligohidramnios.html>

33. Mula R, Bennasar M, Palacio M, Goncé A, Puerto B, Polihidramnios en gestación única En: Guía Clínica de medicina fetal y perinatal. Servicio de medicina materno fetal. Hospital Clínic, Barcelona, España. 2014 Disponible en:  
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/polihidramnios.pdf>
34. Rangel-Calvillo MN. Análisis de muerte fetal tardía. Perinatol. Reprod. Hum. 2014;28(3):139-145.
35. Pons GA, Sepúlveda E, Leiva JL, Rencoret G, Germain A. Muerte fetal. Revista Médica Clínica Las Condes, 2014; 25(6):908-916.
36. Korteweg FJ, Erwich JJ, Timmer A, van der Meer J, Ravisé JM, Veeger NJ, Holm JP. Evaluation of 1025 fetal deaths: proposed diagnostic workup. Am J Obstet Gynecol 2012; 206: 53.e1-12.
37. Muerte Fetal Intrauterina. The Lancet. Publicado el 14 de Abril de 2011. Disponible en:  
<https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths/stillbirths-spanish.pdf>
38. Cruz M, Dueñas OF. Capítulo 16: Manejo de la muerte fetal intrauterina. En: Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos. Disponible en:  
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1756&sectionid=121619961>
39. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. Obstet Gynecol, 2009; 113(3):748-761.

40. Diagnóstico y Tratamiento de Muerte fetal con feto único. Guía de práctica clínica. Gobierno Federal de México. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567\\_GPC\\_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/567_GPC_Muertefetalconfetounico/567GRR.pdf)
41. De la Cruz JA. Antecedentes maternos y características obstétricas relacionadas a muerte fetal intrauterina en gestantes añosas en el hospital Regional de Loreto del año 2013 al 2017. Tesis para obtener el título profesional de Médico cirujano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2018
42. Valladares Z, García V, Buján V, Couceiro E, López C. Muerte fetal intrauterina: ¿ podemos actuar en su prevención?. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2013; 78(6): 413-418.
43. Ovalle A, Fuentes A, Chacón V, Espinoza C, Gonzáles R, Ramos M, Geraldo J, Osses L, Kakarieka E. Método de clasificación de mortinatos según condición obstétrica relevante de la muerte fetal, en un hospital público de Chile. En: Revista Médica de Chile Vol.144 Santiago de Chile, 2016
44. Moreno N. Factores que se asocian a la muerte fetal intrauterina presentados en el Hospital Maria Auxiliadora del Cono Sur de Lima-2011. En: Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. Universidad San Martin de Porres, Lima, Perú, 2011.



## ANEXO 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de Ficha: \_\_\_\_\_

Edad gestacional al momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_ semanas

Tipo de muerte fetal: Temprana  Tardía

#### Características maternas

Edad materna: \_\_\_\_\_ años

Adolescente ( $\leq 17$  años)  18-34 años  Añosa ( $\geq 35$  años)

Nivel de instrucción: Ilustrada  primaria  secundaria  superior

Embarazos: Primigesta  Segundigesta  Multigesta   
Gran Multigesta

Controles prenatales: \_\_\_\_\_  $\geq 6$  controles   $< 6$  controles

Patología materna: Diabetes  Lupus  Desnutrición

Infección  Cardiopatía  Otro  \_\_\_\_\_

Patología del embarazo: Preeclampsia  RPM  Placenta previa

DPPNI  Otro  \_\_\_\_\_

#### Características fetales

Sexo del feto: Masculino  Femenino

Edad gestacional: \_\_\_\_\_ Semanas

Malformaciones: Presente  Ausente

Incompatibilidad sanguínea: ABO  Rh

Alteraciones del desarrollo: Restricción de crecimiento  Macrosomía

Características del líquido amniótico: Oligoamnios  Polihidramnios   
Normohidramnios

Alteraciones del cordón umbilical: Circular de cordón

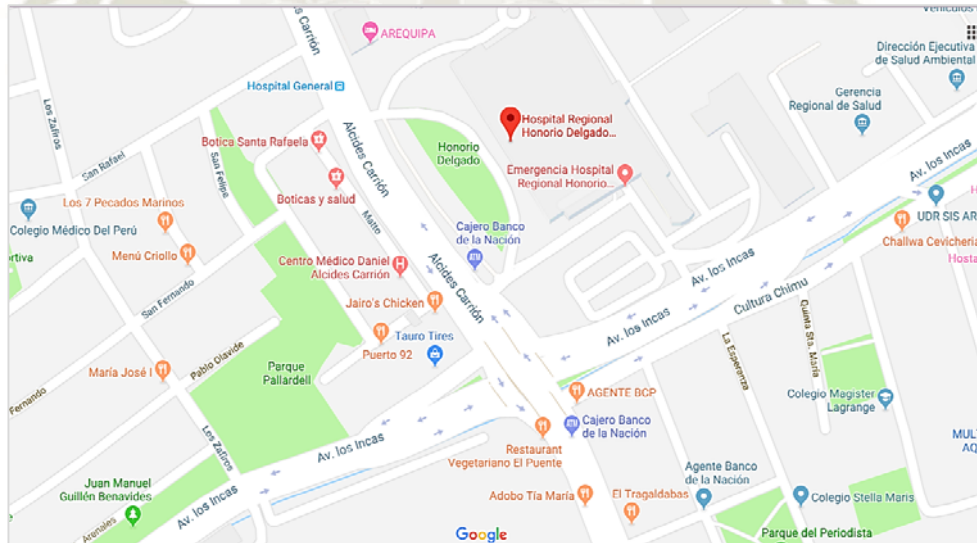
Nudos verdaderos  Otro  \_\_\_\_\_

Observaciones: .....

.....

.....

## ANEXO 2 HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



**ANEXO 3**  
**SOLICITUD AL DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO  
DELGADO ESPINOZA**

SOLICITO: Permiso para acceder a historias clínicas

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA  
DR. MILTON JIMENEZ BENGOA

BRENDA VALERIE PACHECO QUISPE identificada con  
DNI N°74909889, Bachiller en Obstetricia y Puericultura.  
Realizando los estudios de pregrado en la Facultad de  
Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de  
Santa María y el internado en el Hospital que usted dirige  
durante el primer trimestre del año 2018. Ante Ud. Con el  
debido respeto me presento:

Por motivo de la realización de la tesis para obtención del  
Título Profesional y habiendo recibido dictamen favorable para la ejecución del plan de tesis, cuyo  
título es "INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS MATERNO FETALES DE GESTANTES CON  
MUERTE FETAL INTRAUTERINA. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO  
ESPINOZA AREQUIPA 2015-2018"

Solicito se me otorgue permiso para acceder a las historias clínicas que cumplan con los criterios de  
inclusión y exclusión que se encuentran desarrollados en el Proyecto de tesis y de esta manera poder  
ejecutar dicho estudio, por lo cual adjunto:

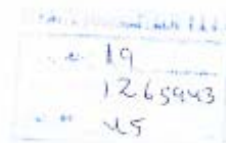
Copia de proyecto de tesis

Informe de Plan de Tesis aprobado

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted se sirva atender mi solicitud otorgando el permiso para la aplicación de la ficha de  
recolección de datos, por ser justicia y necesidad personal.

Arequipa 12 de Febrero del 2019



BRENDA VALERIE  
PACHECO QUISPE  
DNI N°74909889

**ANEXO 4**  
**CARTA DE APROBACIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL**  
**REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**



Hospital Regional "Honorio Delgado" Arequipa  
Dirección General

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA Y LA IMPUNIDAD"

Arequipa 01 marzo del 2019

Oficio N° 222 - 2019-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI

Señorita  
BRENDA VALERIE PACHECO QUISPE  
Ex Interna de Obstetricia del HRHD  
DNI N° 74909889  
Presente.-

**ASUNTO** : Proyecto de Tesis.  
**REFERENCIA** : Solicitud de Fecha 12/02/2019

Es grato dirigirme a usted para hacer de su conocimiento que con opinión favorable del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Comité de Ética y Trabajos de Investigación, el Departamento de Cirugía y la Dirección del Hospital Honorio Delgado, accede a la solicitud para que realice la revisión de historias clínicas para su Proyecto de tesis titulado "INCIDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS MATERNO FETALES DE GESTANTES CON MUERTE FETAL INTRAUTERINA, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIA 2015 - 2018".

Al término de su proyecto deberán entregarse a la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación un ejemplar del informe final del trabajo de investigación en medio magnético.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para expresarle mi consideración más distinguida.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorio Delgado

*Dra. Octavio E. Chirinos Apaza*  
DIRECTORA GENERAL  
D.M.F. 21700

DCHA/RAB/MDN.  
c.c. Archivo  
EXP. N° 1265943  
DOC. N° 1951329  
REC.: 3290 5/50.00

Av. Daniel Alcides Carrón N°505 - Cercado  
Teléfonos: 054-233812 Dirección General  
054-231818 - 054-219702  
[www.hrsdazp.org.pe](http://www.hrsdazp.org.pe)

**ANEXO 5**  
**MATRIZ DE DATOS**

n°	Edad gest	Cat e Gest	Tipo fetal	Edad mat	Cat edad	N instrucc	Embarazos	CPN	Cat CPN	Diabetes	Lupus	Desnutric	Infec	Cardiopatía	Otro	Preecl	RPM
52	22	22-24 sem	Temprana	18	18-34 años	Secundaria	Primigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
59	22	22-24 sem	Temprana	42	40-44 años	Secundaria	Multigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
31	22	22-24 sem	Temprana	29	18-34 años	Secundaria	Multigesta	1	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
40	22	22-24 sem	Temprana	30	18-34 años	Superior	Multigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
94	22	22-24 sem	Temprana	18	18-34 años	Secundaria	Primigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
58	22	22-24 sem	Temprana	41	40-44 años	Superior	Primigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
60	22	22-24 sem	Temprana	43	40-44 años	Superior	Multigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
7	22	22-24 sem	Temprana	26	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
96	22	22-24 sem	Temprana	34	18-34 años	Secundaria	G multigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	Anemia	-	1
82	23	22-24 sem	Temprana	23	18-34 años	Secundaria	Multigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
69	23	22-24 sem	Temprana	29	18-34 años	Superior	Primigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
74	23	22-24 sem	Temprana	23	18-34 años	Superior	Primigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
91	23	22-24 sem	Temprana	24	18-34 años	Primaria	Segundigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
24	23	22-24 sem	Temprana	36	35-39 años	Secundaria	Primigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
25	23	22-24 sem	Temprana	22	18-34 años	Superior	Multigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	Vulvovaginitis	-	-
72	24	22-24 sem	Temprana	22	18-34 años	Secundaria	Multigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	CID	-	-
56	24	22-24 sem	Temprana	25	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	0	Ninguno	-	-	-	ITU	-	-	-	-
19	24	22-24 sem	Temprana	34	18-34 años	Secundaria	Multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
47	24	22-24 sem	Temprana	22	18-34 años	Superior	Segundigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
38	24	22-24 sem	Temprana	20	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	Anemia	-	-
88	24	22-24 sem	Temprana	18	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
15	25	25-28 sem	Temprana	19	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
11	25	25-28 sem	Temprana	44	40-44 años	Superior	Segundigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
46	25	25-28 sem	Temprana	35	35-39 años	Secundaria	G multigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
53	25	25-28 sem	Temprana	20	18-34 años	Superior	Primigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	ITU	-	-	-	-
45	26	25-28 sem	Temprana	21	18-34 años	Secundaria	Primigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
67	26	25-28 sem	Temprana	40	40-44 años	Primaria	Multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
42	26	25-28 sem	Temprana	23	18-34 años	Secundaria	Primigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
84	26	25-28 sem	Temprana	25	18-34 años	Superior	Primigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
92	26	25-28 sem	Temprana	28	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	1	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
65	26	25-28 sem	Temprana	21	18-34 años	Secundaria	Multigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	Sd nefrótico	-	-
1	27	25-28 sem	Temprana	40	40-44 años	Secundaria	G multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
44	27	25-28 sem	Temprana	24	18-34 años	Superior	Primigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
32	28	25-28 sem	Temprana	20	18-34 años	Superior	Primigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	1
14	27	25-28 sem	Temprana	25	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
13	28	25-28 sem	Temprana	36	35-39 años	Superior	Primigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	1
97	28	25-28 sem	Temprana	28	18-34 años	Superior	Segundigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
55	29	29-33 sem	Tardía	17	< 17 años	Secundaria	Primigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-

n°	Edad gest	Cat e Gest	Tipo fetal	Edad mat	Cat edad	N instrucc	Embarazos	CPN	Cat CPN	Diabetes	Lupus	Desnutric	Infec	Cardiopatía	Otro	Preecl	RPM
89	29	29-33 sem	Tardía	18	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
10	29	29-33 sem	Tardía	36	35-39 años	Secundaria	Multigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	Severa	-
75	30	29-33 sem	Tardía	39	35-39 años	Secundaria	Multigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
33	30	29-33 sem	Tardía	25	18-34 años	Secundaria	Multigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
34	30	29-33 sem	Tardía	27	18-34 años	Superior	Segundigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
48	30	29-33 sem	Tardía	18	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
66	30	29-33 sem	Tardía	38	35-39 años	Primaria	Segundigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
12	31	29-33 sem	Tardía	40	40-44 años	Secundaria	Multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
4	31	29-33 sem	Tardía	41	40-44 años	Superior	Multigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
2	30	29-33 sem	Tardía	30	18-34 años	Secundaria	Multigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
61	32	29-33 sem	Tardía	44	40-44 años	Secundaria	Multigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
80	32	29-33 sem	Tardía	27	18-34 años	Secundaria	Multigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
29	32	29-33 sem	Tardía	33	18-34 años	Superior	Segundigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	Bronquitis	-	-
41	32	29-33 sem	Tardía	28	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	Vulvovaginitis	-	-
23	32	29-33 sem	Tardía	27	18-34 años	Superior	Multigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	Cx pelvica uterina	-	1
27	32	29-33 sem	Tardía	35	35-39 años	Secundaria	Segundigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
79	32	29-33 sem	Tardía	23	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
20	32	29-33 sem	Tardía	28	18-34 años	Primaria	Multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	Faringoamigdalitis aguda	-	-
70	33	29-33 sem	Tardía	23	18-34 años	Superior	Segundigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	1	-	-	-
95	33	29-33 sem	Tardía	34	18-34 años	Superior	Primigesta	8	6 a más CPN	-	-	-	-	-	Obesidad	-	-
26	34	34-36 sem	Tardía	29	18-34 años	Superior	Primigesta	8	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	1	-
71	34	34-36 sem	Tardía	22	18-34 años	Superior	Primigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	1	-
81	34	34-36 sem	Tardía	29	18-34 años	Primaria	Multigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
86	34	34-36 sem	Tardía	32	18-34 años	Superior	Segundigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	1
5	35	34-36 sem	Tardía	33	18-34 años	Secundaria	Multigesta	4	1-5 CPN	-	-	-	-	-	Anemia	-	-
30	35	34-36 sem	Tardía	28	18-34 años	Secundaria	Multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
28	35	34-36 sem	Tardía	17	< 17 años	Secundaria	Primigesta	9	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	1
50	35	34-36 sem	Tardía	37	35-39 años	Primaria	Multigesta	8	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
8	36	34-36 sem	Tardía	30	18-34 años	Secundaria	Primigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
77	36	34-36 sem	Tardía	22	18-34 años	Secundaria	Primigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	Anemia	-	-
73	36	34-36 sem	Tardía	38	35-39 años	Secundaria	Multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	1	-	1	-
93	36	34-36 sem	Tardía	34	18-34 años	Secundaria	Multigesta	5	1-5 CPN	-	1	-	-	-	-	1	-
35	36	34-36 sem	Tardía	31	18-34 años	Primaria	G multigesta	2	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
37	36	34-36 sem	Tardía	39	35-39 años	Superior	Multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	Hipotiroidismo	-	-
68	37	37-41 sem	Tardía	32	18-34 años	Secundaria	Multigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
17	37	37-41 sem	Tardía	30	18-34 años	Secundaria	Primigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
64	37	37-41 sem	Tardía	21	18-34 años	Superior	Primigesta	8	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
22	37	37-41 sem	Tardía	29	18-34 años	Superior	Segundigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	1
6	37	37-41 sem	Tardía	33	18-34 años	Primaria	Multigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
9	37	37-41 sem	Tardía	36	35-39 años	Iletrada	Segundigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
43	37	37-41 sem	Tardía	31	18-34 años	Secundaria	G multigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
39	38	37-41 sem	Tardía	28	18-34 años	Secundaria	Multigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	Anemia	-	-

n°	Edad gest	Cat e Gest	Tipo fetal	Edad mat	Cat edad	N instrucc	Embarazos	CPN	Cat CPN	Diabetes	Lupus	Desnutric	Infec	Cardiopatía	Otro	Preecl	RPM
85	38	37-41 sem	Tardía	22	18-34 años	Superior	Segundigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	Obesidad	-	-
21	38	37-41 sem	Tardía	36	35-39 años	Primaria	Multigesta	8	6 a más CPN	1	-	-	-	-	-	-	1
62	38	37-41 sem	Tardía	29	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	8	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
51	38	37-41 sem	Tardía	43	40-44 años	Secundaria	Multigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
78	38	37-41 sem	Tardía	33	18-34 años	Primaria	Multigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
36	38	37-41 sem	Tardía	39	35-39 años	Superior	Segundigesta	6	6 a más CPN	1	-	-	-	-	-	-	-
54	38	37-41 sem	Tardía	29	18-34 años	Primaria	Multigesta	8	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
90	38	37-41 sem	Tardía	38	35-39 años	Secundaria	G multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
83	39	37-41 sem	Tardía	32	18-34 años	Secundaria	Multigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	1	-
57	39	37-41 sem	Tardía	33	18-34 años	Primaria	G multigesta	5	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
76	39	37-41 sem	Tardía	27	18-34 años	Secundaria	Multigesta	3	1-5 CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
49	39	37-41 sem	Tardía	26	18-34 años	Secundaria	Multigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
18	40	37-41 sem	Tardía	19	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	6	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
3	40	37-41 sem	Tardía	20	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
16	41	37-41 sem	Tardía	27	18-34 años	Superior	Primigesta	7	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	-
87	41	37-41 sem	Tardía	26	18-34 años	Secundaria	Segundigesta	0	Ninguno	-	-	-	-	-	-	-	-
63	43	> 41 sem	Tardía	35	35-39 años	Secundaria	G multigesta	8	6 a más CPN	-	-	-	-	-	-	-	1



n°	Placenta previa	DPPNI	Senescencia	Otra	Sexo feto	Edad gestac	Cat eG	Malformacion	Incompatibilidad	Restricc cres	Macrosomi	Liquido amniotico	Cordon circular	Nudos	Otro cordon	PESO FETAL	Otr
52	-	1	-	-	Fem	22	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Anhidramnios	-	-	-	-	-
59	-	-	-	-	Fem	22	22-24 sem	Hidrops fetal	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
31	-	-	-	-	Indef	22	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
40	-	-	-	-	Indef	22	22-24 sem	Multiples	-	-	-	Normal	-	-	-	-	Hidrops fetal
94	-	1	-	-	Mas	22	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
58	-	-	-	-	Mas	22	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
60	-	-	-	-	Mas	22	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	Prolapso	-	-
7	-	-	-	Corioamnioitis	Mas	22	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	Óbito fetal
96	-	-	-	-	Mas	22	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	-	-	-	-	-
82	-	-	1	-	Fem	23	22-24 sem	Hidrops fetal	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
69	-	-	-	-	Fem	23	22-24 sem	Pie zambo	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
74	-	-	-	-	Fem	23	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
91	-	-	-	-	Fem	23	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	1070	-
24	-	-	-	Corioamnioitis	Fem	23	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
25	-	-	-	-	Mas	23	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
72	-	1	-	-	Fem	24	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
56	-	-	-	-	Fem	24	22-24 sem	Higroma quístico	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
19	-	-	1	Corioamnioitis	Fem	24	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
47	-	1	-	-	Mas	24	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
38	-	1	-	-	Mas	24	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
88	-	-	-	Acretismo placentario	Mas	24	22-24 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	Fem	25	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	Mas	25	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	600	-
46	-	-	-	-	Mas	25	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
53	-	-	-	-	Mas	25	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
45	-	-	-	-	Fem	26	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
67	1	-	-	-	Mas	26	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
42	-	-	-	-	Mas	26	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
84	-	-	-	-	Mas	26	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
92	-	-	-	-	Mas	26	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	870	-
65	1	-	-	Acretismo placentario	Mas	26	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Polihidramnios	-	-	-	-	-
1	-	1	-	-	Fem	27	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	1500	-
44	-	-	-	-	Fem	27	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
32	-	-	-	-	Fem	28	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	Fem	28	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	Mas	28	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	1	-	-	-	LA verde
97	-	-	-	-	Mas	28	25-28 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
55	-	1	-	-	Mas	29	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
89	1	-	-	-	Mas	29	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	-	-	-	1580	-
10	-	-	-	-	Mas	29	29-33 sem	Ausente	-	1	-	Oligoamnios	-	-	-	900	-

n°	Placenta previa	DPPNI	Senescencia	Otra	Sexo feto	Edad gestac	Cat eG	Malformacion	Incompatibilidad	Restricc crec	Macrosomi	Liquido amniotico	Cordon circular	Nudos	Otro cordon	PESO FETAL	Otr
75	-	-	-	-	Indef	30	29-33 sem	Multiples	-	-	-	Polihidramnios	-	-	-	-	-
33	-	-	1	-	Mas	30	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
34	-	-	-	-	Mas	30	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	-	-	-	-	-
48	-	-	-	-	Mas	30	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	-	-	-	-	LA sanguinolento
66	-	-	-	-	Mas	30	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
12	1	-	-	-	Fem	31	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
4	-	1	-	-	Mas	31	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	1810	LA sanguinolento
2	-	-	-	-	Mas	31	29-33 sem	Acrania, labio l eporino, paladar hendido	-	-	-	Normal	-	-	-	1790	LA verde
61	-	-	-	-	Fem	32	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
80	-	-	-	-	Fem	32	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	850	-
29	-	-	-	-	Fem	32	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
41	-	-	-	-	Fem	32	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
23	-	-	-	Podálica	Indef	32	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
27	-	-	-	-	Mas	32	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
79	-	-	-	-	Mas	32	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	1	-	-	540	LA sanguinolento
20	-	-	-	-	Mas	32	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
70	-	-	-	-	Mas	33	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
95	-	-	-	-	Mas	33	29-33 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
26	-	1	-	-	fem	34	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
71	-	1	-	-	Mas	34	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
81	-	1	-	-	Mas	34	34-36 sem	Sd Down	-	-	-	Normal	-	-	-	1640	Obito
86	-	-	-	-	Mas	34	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	-	-	-	-	-
5	-	-	-	Sd HELLP	Fem	35	34-36 sem	Ausente	-	1	-	Oligoamnios	-	-	-	-	Ruptura hepática
30	-	-	-	-	Mas	35	34-36 sem	Ausente	-	1	-	Oligoamnios	-	-	-	-	LA verde
28	-	-	-	Corioamniotitis	Mas	35	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
50	1	-	-	Diabetes gestacional	Mas	35	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
8	-	-	-	-	Fem	36	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Anhidramnios	1	-	-	1640	-
77	-	-	-	-	Fem	36	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Normal	1	-	-	-	LA verde
73	-	-	1	-	Mas	36	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
93	-	-	-	-	Mas	36	34-36 sem	Ausente	-	-	1	Normal	-	-	-	4200	-
35	-	-	-	-	Mas	36	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	2900	-
37	-	-	-	Diabetes gestacional	Mas	36	34-36 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
68	-	-	1	-	Fem	37	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
17	1	-	-	-	Fem	37	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	-	-	-	-	-
64	-	-	-	-	Fem	37	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
22	-	-	-	-	Mas	37	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Oligoamnios	-	-	-	-	LA pure de arvejas
6	-	-	-	-	Mas	37	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	3400	LA verde
9	-	-	-	-	Mas	37	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	1	-	-	2660	-

n°	Placenta previa	DPPNI	Senescencia	Otra	Sexo feto	Edad gestac	Cat eG	Malformacion	Incompatibilidad	Restricc cres	Macroso cmi	Liquido amniotico	Cordon circular	Nudos	Otro cordon	PESO FETAL	Otr
43	-	-	-	-	Mas	37	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Oliqoamnios	-	-	-	-	LA pure de arvejas
39	-	-	1	-	Fem	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	1	Verdaderos	-	-	-
85	-	1	-	-	Fem	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
21	-	-	-	-	Fem	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Oliqoamnios	-	-	-	-	-
62	-	-	-	-	Fem	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Polihidramnios	-	-	-	-	-
51	-	1	-	-	Mas	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	1	-	-	-	-
78	-	1	-	-	Mas	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	1	-	-	-	LA sanguinolento
36	-	-	-	-	Mas	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Polihidramnios	-	-	-	-	LA sanguinolento
54	-	-	-	-	Mas	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	Prolapso	-	LA verde
90	-	-	-	-	Mas	38	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	3000	LA pure de arvejas
83	-	-	-	-	Fem	39	37-41 sem	Spalding	-	-	-	Normal	-	-	-	-	-
57	-	-	-	-	Fem	39	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
76	-	-	-	-	Fem	39	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
49	-	-	-	-	Mas	39	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA sanguinolento
18	-	1	-	-	Mas	40	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
3	-	-	-	-	Mas	40	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	1	-	-	3200	LA pure de arvejas
16	-	-	-	-	Fem	41	37-41 sem	Ausente	-	-	1	Normal	1	-	-	-	-
87	-	-	-	-	Mas	41	37-41 sem	Ausente	-	-	-	Normal	-	-	-	-	LA verde
63	-	-	-	Corioamnioitis	Fem	43	> 41 sem	Ausente	-	-	1	Oliqoamnios	1	-	-	-	-

