



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**



**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**"Incidencia y algunos factores causales de muerte fetal  
en el Hospital Regional del Amazonas - Iquitos 1,992"**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TITULO DE:**

**OBSTETRA**

**TESISTA: Bach. José Delgado Orbe**

**ASESOR: Dr. Augusto Lontop Reátegui**

**TARAPOTO — PERU**

**1.994**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN


FACULTAD DE OBSTETRICIA

"INCIDENCIA Y ALGUNOS FACTORES CAUSALES DE MUERTE FETAL  
EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS - IQUITOS 1992"

TESISTA: BACH. JOSE DELGADO ORBE

JURADO CALIFICADOR

  
DR. AUGUSTO LLONTOP CH.  
PRESIDENTE

  
DR. PABLO ALEGRE GARAYAR  
MIEMBRO

  
OBST. EVANGELINA AMPUERO F.  
MIEMBRO

  
DR. AUGUSTO LLONTOP R.  
ASESOR

DEDICATORIA

---

CON AMOR Y CARIÑO A  
MIS QUERIDOS PADRES:  
JORGE y ANGELA, por  
brindarme su apoyo desinteresado  
en todo momento para la culmina-  
ción de uno de mis metas traza-  
das.

---

---

A MIS QUERIDOS HERMANOS:  
Por el apoyo moral e  
incondicional para el logro  
de éste objetivo.

---

JOSE

## AGRADECIMIENTO

AL GINECO-OBSTETRA JAVIER VASQUEZ VASQUEZ,  
POR SU APOYO DESINTERESADO COMO PROFESIONAL Y AMIGO EN LA  
REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO.

A MI ASESOR DR. AUGUSTO LLONTOP REATEGUI POR  
LA ORIENTACION Y COLABORACION DURANTE LA REALIZACION DE MI  
TESIS.

EXPRESO MI GRATITUD A LOS DOCENTES DE LA  
U.N.S.M. POR LAS ENSEÑANZAS BRINDADAS A LO LARGO DE MI  
FORMACION PROFESIONAL.

AGRADECIMIENTO A LA DIRECCION DEL HOSPITAL  
REGIONAL DEL AMAZONAS - IQUITOS, Y EN ESPECIAL AL PERSONAL  
QUE LABORA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA, POR EL  
APOYO BRINDADO EN EL TRANCURSO DEL INTERNADO.

EL AUTOR

## I N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCION .....	1
II. OBJETIVOS .....	4
III. METODOLOGIA .....	5
IV. RESULTADOS .....	7
V. DISCUSION DE LOS RESULTADOS .....	16
VI. CONCLUSIONES .....	20
VII. RECOMENDACIONES.....	21
VIII.RESUMEN .....	22
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	23
X. ANEXO .....	26

## I. INTRODUCCION

La muerte fetal constituye un grave problema para el profesional de salud, su paciente y la familia de ésta. Es un acontecimiento que pone a prueba las destrezas tanto técnicas como interpersonales del profesional. La relación estrecha con el retardo del crecimiento intrauterino, toxemia, infecciones, anomalías congénitas, embarazo post-término y problemas médicos maternos hacen posible prevenir muertes con la aplicación del factor de riesgo a través de la epidemiología y los nuevos métodos de diagnósticos (9).

La posibilidad de detectar un factor que signifique riesgo para controlarlo y evitar daño al producto solo puede estar dado lógicamente bajo un proporcionado y adecuado cuidado obstétrico desde el principio hasta el final del embarazo.

El objetivo fundamental de la obstetricia es conseguir que cada embarazo sea deseado y culmine sin riesgo para la madre y con plena salud para el niño. La obstetricia lucha por reducir al mínimo el número de mujeres y niños que mueren a consecuencia del proceso reproductor o que quedan física, intelectual o emocionalmente lesionados al finalizar esta experiencia (11).

En Estados Unidos, a partir de 1969 disminuye la tasa de mortalidad fetal por la planificación familiar, nutrición materna, monitorización fetal, cuidados prenatales y prácticas abortivas por mencionar algunos (3).

Estudios realizados en América Latina sobre mortalidad fetal, observaron una amplia variación en las diferentes entidades de salud, inclusive en aquellos que pertenecen a un mismo país. Encontraron que la tasa global de muerte fetal intermedia y tardía es de 19.0 por 1000 nacidos vivos (14).

A nivel nacional, existen estudios realizados acerca de la frecuencia de la mortalidad fetal, donde encontraron una diversidad. Por ejemplo en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPPS-Lima en 1990 fue de 12.56 por 1000 nacidos vivos (7); en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante 1980-1984 fue 7.3 por 1000 nacidos vivos (10). Así mismo en el Hospital de Especialidades Médicas de Belén-Trujillo durante 1978-1983 fue de 1.88 por 1000 nacidos vivos (2), por último en el Hospital Base Docente de Ica se encontró el 0.5 por 1000 nacidos vivos (16).

Por otro lado, las causas de muerte fetal en su mayoría no son conocidos; de las muertes con causa conocidas aproximadamente el 60% son de origen placentario y umbilical (por ejemplo, infección, desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, compresión del cordón y placenta circunvalada); cerca del 20%



están relacionados con malformaciones congénitas del feto. Casi el 7% son enfermedades del feto (eritroblastosis fetal); el restante 3% es debido a otras causas (6).

A nivel nacional las causas encontradas son variados, Alcántara (2) en Trujillo encontró el desprendimiento prematuro de la placenta (13.2%), complicaciones del cordón umbilical (10%) y la toxemia gravídica (8.5%); Carrasco (7) en Lima encontró la hipertensión gestacional (16.4%), desprendimiento prematuro de la placenta (16%) y la corioamnionitis (12.8%) como las causas principales. El Hospital Regional del Amazonas-Iquitos por su capacidad e infraestructura concentra cada vez mayor número de pacientes jóvenes, quienes cuentan con escaso o nulo control prenatal esto agravándose por el bajo nivel de instrucción. Resulta entonces necesario revisar ésta situación utilizando el enfoque de riesgo de acuerdo a nuestra realidad y posibilidades, para lograr una mayor eficacia en la atención de la gestante.

## II. OBJETIVOS

1. Identificar los factores causales relacionados con la mortalidad fetal.
2. Determinar la tasa de mortalidad fetal.

### III. METODOLOGIA

Se seleccionaron las historias clínicas de los partos ocurridos en el Hospital Regional del Amazonas- Iquitos, desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre 1992.

Se registró un total de 2107 partos, encontrándose solamente 33 muertes fetales, seleccionándose de acuerdo a los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

- . Gestación mayor de 20 semanas.
- . Muerte fetal diagnosticada antes de la expulsión del feto.
- . Partos eutócicos y distócicos.
- . Embarazo múltiple.

#### Criterios de exclusión:

- . Gestación menor de 20 semanas.
- . Natimuerto menor de 500g.
- . Natimuerto producido en domicilio.

Los 33 casos fueron anotados en una hoja protocolo, considerándose las siguientes variables:

- . Datos de la madre: Edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación .
- . Antecedentes obstétricos: Paridad, edad gestacional y control prenatal.
- . Patologías intercurrentes del embarazo.

- Diagnóstico pre y postparto.
- Características del parto.
- Del recién nacido: sexo y peso.

Para catalogar la muerte fetal se ha utilizado la definición dada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS): (13).

- **Muerte fetal:** Es la muerte previa a la expulsión o extracción completo del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo.
- **Muerte fetal intermedia:** Es la que se presenta en las semanas 20 a 27 de gestación.
- **Muerte fetal tardía:** Es la que sucede a partir de la semana 28 de gestación.
- **Mortinato (natimuerto):** Es el nacimiento de un feto que pesa de 500g. a más y que no tiene evidencia de vida después de nacer.
- **Tasa de mortalidad fetal:** Es el número de mortinatos que pesan 1000g. o más por cada mil nacimientos totales (mortinatos + nacidos vivos) de 1000g. o más, en un período y lugar determinado.

Debemos mencionar la falta de datos en las historias clínicas como un factor limitante en la realización del presente estudio.

## IV. RESULTADOS

CUADRO Nº 1  
**MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992: EDAD, GRADO DE INSTRUCCION, ESTADO CIVIL Y OCUPACION DE LA MADRE.**

EDAD MATERNA	TOTAL		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
14 - 18 años	8	24.24	2	66.67	6	20.0
19 - 34 años	18	54.55			18	60.0
> - 35 años	7	21.21	1	33.33	6	20.0
TOTAL	33		3		30	
<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>						
Primaria	18	54.55	1	33.33	17	56.67
Secundaria	5	15.15	1	33.33	4	13.13
Superior	1	3.03			1	3.33
Ignorado	9	27.27	1	33.33	8	26.67
TOTAL	33		3		30	
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Conviviente	12	36.37	1	33.33	11	36.67
Casada	3	9.09			3	10.00
Soltera	5	15.15	1	33.33	4	13.33
Ignorado	13	39.39	1	33.33	12	40.00
TOTAL	33		3		30	
<b>OCUPACION</b>						
Su casa	21	63.64	1	33.33	20	66.67
Trabaja	7	21.21			7	23.33
Estudia	3	9.09	2	66.67	1	3.33
Ignorado	2	6.06			2	6.67
TOTAL	33		3		30	

El 24.24% de la mortalidad fetal hospitalaria fueron productos de madres adolescentes y el 21.21% de madres obstétricamente añosas, siendo en ambos mayor su tendencia hacia la

mortalidad fetal intermedia. Lo contrario se observa en el grupo de madres cuya edad oscila entre los 19 y 34 años, donde hay mayor tendencia hacia la mortalidad fetal tardía.

El 54.55% de la mortalidad fetal hospitalaria ocurrió en madres que tenían solamente estudios primarios, siendo mayor su incidencia en la mortalidad fetal tardía. Mientras que la madres que tenían estudio superior es menor.

El 36.37% de la población de estudio eran convivientes y el 15.15% en condición de soltera, es decir, más de la mitad de la población en estudio tenían algún grado de inestabilidad conyugal.

Las mujeres que tienen como ocupación su casa hay una tendencia hacia la mortalidad fetal tardía, mientras en las que estudian hay una tendencia hacia la mortalidad fetal intermedia.

CUADRO Nº 2  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992: NUMERO DE EMBARAZOS DE LA MADRE

NUMERO DE EMBARAZOS	TOTAL		MUERTE FETAL			
	Nº	%	M.F.I		M.F.T	
			Nº	%	Nº	%
Primigesta	11	33.33	2	66.67	9	30.00
2 - 4 embaraz.	11	33.33	1	33.33	10	33.33
> 5 embaraz.	9	27.28			9	30.00
Ignorado	2	6.06			2	6.67
TOTAL	33		3		30	

La muerte fetal tardía representa el 91% de los casos, no mostrando relación estadísticamente significativa con el número de

gestaciones. En los tres casos de muerte fetal intermedia, dos pertenecieron a primigestas y la tercera al grupo de multiparas.

CUADRO Nº 3  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992: CONTROL PRE NATAL.

CONTROL PRE NATAL	T O T A L		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
Sin control	15	45.46	1	33.33	14	46.67
1 - 4 control.	6	18.18			6	20.00
> 5 control.	1	3.03			1	3.33
Ignorado	11	33.33	2	66.67	9	30.00
TOTAL	33		3		30	

Solamente se registra el 3.03% de madres con el número de controles recomendados, mientras que se observa que el 45.46% no registraron control teniendo una tendencia hacia la muerte fetal tardía (46.67%).

CUADRO Nº 4  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992:  
PATOLOGIA INTERCORRENTE DEL EMBARAZO

PATOLOGIA INTERCORRENTE	TOTAL		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
Hemorragia	3	9.09			3	10.00
Toxemia	3	9.09			3	10.00
Am.parto prem.	1	3.03			1	3.33
R.P.M	1	3.03			1	3.33
Emb. múltiple	1	3.03			1	3.33
Ignorado	24	72.73	3	100.0	21	70.00
TOTAL	33		3		30	

El 27.27% de los casos presentaron alguna patología durante el transcurso del embarazo, ignorándose en el 72.73 por ciento debido a la calidad de las historias clínicas que presenta el hospital.

CUADRO Nº 5  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992:  
PATOLOGIA INTERCORRENTE DEL PARTO

PATOLOGIA INTERCORRENTE	TOTAL		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
Parto premat.	13	39.39	3	100.0	10	33.33
Hemorragia	5	15.15			5	16.68
Toxemia	4	12.12			4	13.33
Distocia parto	1	3.03			1	3.33
R.P.M	1	3.03			1	3.33
Ignorado	9	27.27			9	30.00
TOTAL	33		3		30	



No se pudo determinar si la patología intercurrente del parto fue consecuencia del óbito fetal, excepto que la toxemia, hemorragia y distocia de parto con frecuencia son causas de óbito; mientras que la labor de parto prematura y RPM a menudo es una expresión de una evacuación espontánea de la gestación.

CUADRO Nº 6  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992: TIPO DE PARTO.

TIPO DE PARTO	TOTAL		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
Eutócico	19	57.58	1	33.33	18	60.00
Distócico						
Podálico	8	24.24	2	66.67	6	20.00
Abdominal	6	18.18			6	20.00
TOTAL	33		3		30	

El 57.58% de las muertes fetales nacieron de parto eutócico, correspondiendo el parto podálico y abdominal al 24.24% y 18.18% de los casos respectivamente.

CUADRO Nº 7  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992: PESO AL NACER.

PESO AL NACER	T O T A L		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
1000 - 1499g	6	18.18	3	100.0	3	10.00
1500 - 2499g	11	33.33			11	33.67
2500 - 3999g	14	42.43			14	46.67
> 4000g	2	6.06			2	6.66
TOTAL	33		3		30	

El 51.54% de la muerte fetal hospitalaria del estudio lo constituyeron los recién nacidos de bajo peso al nacer que en la mortalidad fetal intermedia correspondió al 100% de los casos de menos de 1500g.; correspondiendo el 49% a recién nacidos de más de 2500g. que son las muertes prevenibles.

CUADRO Nº 8  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992: EDAD GESTACIONAL AL NACER

EDAD GESTACIONAL	T O T A L		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
21 - 27 sem.	3	9.09	3	100.0		
28 - 36 sem.	13	39.39			13	43.33
37 - 41 sem.	17	51.52			17	56.67
TOTAL	33	100	3	100.0	30	100

Las muertes fetales prevenibles (37 - 41 semanas) correspondieron al 51.52% de los casos, mientras que en las

definitivamente no prevenibles (21-27 semanas) alcanzaron una frecuencia de presentación del 9.09 por ciento.

CUADRO Nº 9  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992: SEXO DEL FETO.

SEXO FETAL	T O T A L		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
Masculino	18	54.54	3	100.0	15	50.00
Femenino	15	45.46			15	50.00
TOTAL	33		3		30	

La mortalidad fetal hospitalaria es de 9.08% mayor en el sexo masculino, teniendo mayor tendencia hacia la mortalidad fetal intermedia.

CUADRO Nº 10  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992: CAUSAS DE MUERTE FETAL.

CAUSA	T O T A L		MUERTE FETAL			
	Nº	%	MFI		MFT	
			Nº	%	Nº	%
No determinado	21	63.64	3	100.0	18	60.00
Hipert.gestac.	4	12.12			4	13.13
D.P.P	4	12.12			4	13.13
P.P	1	3.03			1	3.33
Corioamnionitis	1	3.03			1	3.33
Anomalias fet.	2	6.06			2	6.67
TOTAL	33		3		30	

El 63.64% de la mortalidad fetal hospitalaria no se supo determinar su causa, siendo las más frecuentes la hipertensión gestacional y la hemorragia del tercer trimestre.

CUADRO Nº 11  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992:  
RELACION DE EDAD GESTACIONAL CON LA EDAD DE LA MADRE

EDAD GESTACIONAL	TOTAL CASOS		EDAD MATERNA					
			14-18 años		19-34 años		> 35 años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
21 - 27 sem.	3	9.09	2	25.0	0		1	14.28
28 - 36 sem.	13	39.40	3	37.5	7	38.9	3	42.86
37 - 41 sem. > 42 sem.	17	51.51	3	37.5	11	61.1	3	42.86
TOTAL	33		8		18		7	

La muerte fetal hospitalaria estuvo mayormente en los grupos de alta fecundidad con frecuencias relativas semejantes en los extremos de la vida (mujeres adolescentes y añosas).

CUADRO Nº 12  
MORTALIDAD FETAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL AMAZONAS 1992:  
RELACION DE LA EDAD GESTACIONAL CON GRAVIDEZ.

EDAD GESTACIONAL	TOTAL CASOS		GRAVIDEZ							
			PRIMIGEST		2 - 4		... 5		IGNORADO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
21-27 sem.	3	9.09	1	9.09	1	9.09	1	11.11		
28-36 sem.	13	39.40	6	54.55	4	36.36	2	22.22	1	50.00
37-42 sem.	17	51.51	4	36.36	6	54.55	6	66.67	1	50.00
TOTAL	33		11		11		9		2	



Se aprecia que la prematuridad (63.64%) está mas relacionado con las primigestas, pero en general las muertes prevenibles estuvo presente en los diferentes niveles de gravidez.

## V. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

A pesar que la mortalidad fetal es más elevada en madres adolescentes y añosas (9) en nuestro estudio, sólo el 45.45% de los casos correspondieron a estos grupos, correspondiendo en el 100% a la muerte fetal intermedia. En las madres en plena edad reproductiva, se observó el mayor número de muertes fetales tardías, donde 11 de 18 correspondieron a edades gestacionales mayor de 37 semanas, que de por si son muertes prevenibles durante el control pre-natal.

La población con inestabilidad conyugal es más propensa a sufrir muerte fetal que en nuestra serie corresponde al 51.52% de los casos en comparación con la población que esta casada cuya frecuencia de mortalidad es menor.

La trabajadora del hogar, mujer con trabajo que requieren mayor y más prolongado esfuerzo físico, son las que contribuyeron con un alto porcentaje de muerte fetal, pero se debe señalar que la variable laboral esta estrechamente relacionada al factor educación, es decir mayor educación, mejor expectativa de trabajo.

El nivel de estudio superior de la madre esta relacionado con un bajo porcentaje de muerte fetal, en contraste con las madres cuyo nivel de estudio es inferior (8); es decir, la variable educativa de ser corregida plantearía dos aspectos; la primera, la

---

posibilidad de detectar un factor que signifique riesgo para controlarlo y evitar daño al producto y, la segunda, mejorar el control pre-natal (8) que en nuestro estudio muestra cifras elevadas de bajo control pre-natal.

Todo lo anterior explicaría el hallazgo de una elevada incidencia de complicaciones durante el embarazo, siendo las interurrencias más frecuentes la toxemia y la hemorragia de tercer trimestre.

Se debe señalar, por otro lado, que el 72.73% de los casos no estuvo registrado en las historias, factor médico que eleva la mortalidad, aún corrigiendo las anteriores nombradas; por lo tanto, una sistematización y estandarización de las historias obstétricas y capacitación del personal son de prioridad en la Institución estudiada.

El número elevado de embarazos es reconocido como factor de riesgo perinatal (4, 5, 8). En nuestra serie, la presente afirmación aparentemente no guarda relación, debido a que existe otras variables que están influenciándolo; así por ejemplo, la primigestas tuvieron la tercera parte de los casos, pero dentro de ellas, 8 corresponden al grupo de adolescentes que corresponde a grupos de riesgo. Por otro lado la variable educativa así como la calidad y número de controles pre-natales son factores que de ser corregidos mejorarían la calidad de atención de la embarazada y por ende una disminución de la tasa de mortalidad fetal.

Al analizar el peso de los recién nacidos podemos observar que la mayoría de los casos fueron muertes fetales prevenibles, implica entonces que la calidad de la atención de la gestante en la mencionada institución es la base fundamental para la disminución de la tasa de mortalidad y que por lo tanto existen otros factores, tales como retardo del crecimiento intrauterino, toxemia, desnutrición materna e infecciones que pudieran estar jugando un rol importante en la epidemiología de este grupo. Es decir, es reconocido que el peso es la variable biológica de influencia decisiva en los niveles de mortalidad perinatal, lo que disminuye a medida que aumenta el peso al nacer del producto de la concepción (1, 5, 13, 15). En nuestro estudio se encontró que el 51% y 49% nacieron con peso menor y mayor a 2500g. respectivamente.

La mortalidad fetal y la edad gestacional, guardan también una relación directamente proporcional, ya que mientras menor sea el tiempo de vida intrauterina del producto de la concepción, menor serán sus probabilidades de sobrevivir, mortalidad que en tales circunstancias es muy elevada (12). Lo que indica que la inmadurez intrauterina es la condición más importante de muerte fetal intermedia.

Al analizar el sexo, se puede observar que el sexo masculino fue significativamente mayor al sexo femenino, no existiendo una clara explicación al respecto (8).



Debemos resaltar que el centro donde se realizó el presente estudio es un Hospital que carece del departamento de anatomía patológica, la cual dificulta su diagnóstico, reflejándose en la alta incidencia (63.64%) de casos en los cuales no se pudo determinar su causa, siendo la hipertensión y las hemorragias como las causas más frecuentes.

AUTOR	PERIODO	Nº CASOS M.F.T	TASA DE M.F.T x 1000 N.V.
AREVALO (4)	1985 - 1989	161	18.56
CERVANTES(8)	1985	498	9.68
NUESTRO ESTUDIO	1992	33	14.24

Finalmente, intentamos comparar tasas de mortalidad fetal tardía con lo reportado por otros trabajos, ellas muestran diferencias debido al número de casos y al periodo de estudio en que se realizó; creemos por lo tanto que la mejor forma de evaluar nuestros indicadores es a través de historias debidamente sistematizadas que permitan luego comparar los datos locales.

## VI. CONCLUSIONES

1. La tasa de mortalidad fetal fue 15.66 por mil nacidos vivos.
2. La tasa de mortalidad intermedia fue 1.42 por mil nacidos vivos.
3. La tasa de mortalidad fetal tardía fue de 14.24 por mil nacidos vivos.
4. De las muertes fetales que tuvieron diagnóstico la hipertensión gestacional y el desprendimiento prematuro de la placenta fueron las causas principales.
5. Los factores que se asociaron a la mortalidad fetal fueron la calidad de atención prenatal, bajo peso al nacer y prematuridad.
6. El 51% de las muertes fetales fueron prevenibles.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Implementar un sistema de capacitación permanente, estandarización de las historias clínicas (historia perinatólogica simplificada) y la posibilidad de crear el departamento de anatomía patológica para investigar las causas reales de las muertes fetales.
2. Proyección del servicio de gineco-obstetricia a la comunidad para captar pacientes de riesgo.

## VIII. RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de muerte fetal desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 1992 en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional del Amazonas - Iquitos, lapso en el que hubo 2107 nacimientos, lo que resulta en una tasa de mortalidad fetal de 15.66 por mil nacidos vivos.

El 54.55% de los casos ocurrió en pacientes entre los 19 - 34 años de edad; no controladas el 45.46%, el 48.48% fueron menores de 37 semanas de gestación, predominando los de bajo peso al nacer con el 51.54%.

En la mayoría de los casos (63.64%) no se llegó a determinar la causa de muerte fetal, siendo las principales la hipertensión gestacional y el desprendimiento prematuro de la placenta.

---

**IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. AGUILAR, M: REATEGUI, N. 1991. Algunos Aspectos Epidemiológicos de la Mortalidad Perinatal en el Hospital de Apoyo Integrado - IPSS Tarapoto 1985-1989. Tesis Peruana Universidad Nacional de San Martín.
2. ALCANTARA, A: R; G.R; MEJIA, A.E. 1985. Incidencia y algunos factores de Obito fetal. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecologia. Temas libres resúmenes. Arequipa-Perú.
3. AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. 1987. Number 3. Roy, M. Pitkin, MD. Vol. 157.
4. AREVALO, L: GONZALES, H. 1991. Morbimortalidad perinatal en cesáreas primarias en el Hospital de Apoyo Integrado III - IPSS Tarapoto: período 1985-1989. Tesis de Bach. Universidad Nacional de San Martín.
5. AVILA, Q.J: HONORIO, D.G; VASQUEZ, S.L; ROSADO, B.J. 1988. Mortalidad perinatal en el Hospital de Apoyo "La Caleta" de Chimbote. Diagnóstico. Lima- Perú. 22(1); pág.10-16.
6. BENSON, R: 1986. Diagnóstico y tratamiento. Gineco-obstétricos. Cuarta Edición. Editorial el manual moderno S.A. de CV México DF.

7. CARRASCO, N; ARROYO, L; DE VILLENAS; E, LOPEZ, G. 1990. Muerte fetal. Un estudio de 450 casos. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Temas Libre. Resúmenes. Lima - Perú.
8. CERVANTES, R; WATANABE, T; DENEGRI, J. 1988. Muerte materna y muerte perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Organización Panamericana de la Salud. Lima - Perú. Arte gráfica 218p.
9. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. 1987. Muerte fetal. Nueva Editorial Interamericana S.A. México. Vol. II.
10. LINARES, E; TACO, E; LINARES, N; PORTUGAL, L; VELA, R; LINARES, L; MUÑOZ, S. 1985. Mortalidad Fetal. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Temas Libres. Resúmenes. Arequipa - Perú.
11. PRITCHARD, J: 1987. Williams Obstetricia. Tercera Edición. Salvat Editores. S.A. Barcelona-España.
12. SALDUM, M. L; MORALES, A; SALGADO, L.A. 1979. Mortalidad perinatal, sus causas médico sociales y medidas profilácticas básicas. V Congreso Panamericano de Pediatría. V Congreso de Sociedades Sud Americanas de Pediatría. Agosto. Lima - Perú. pág. 554-555

13. SALUD PUBLICA PERINATAL. 1984.Tomo I. Curso estructurado en base a las estrategias regionales y el plan de accion para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Publicación científica Nº 1042 CLAP Uruguay .
14. SCHWARCZ, R; DIAZ, A; FESCINA, R; DIAZ, J; BELITZKI, R; MARTELL, M. 1983. El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal en maternidades de América Latina. Publicacion científica Nº 975 CLAP. Uruguay. OMS
15. ZEVALLOS, O. M: 1974. Mortalidad perinatal en el Hospital Materno infantil San Bartolomé. Períodos 1969-1973. Tesis Peruana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú. pág. 70
16. ZUÑIGA, C; BULEJE, C; VALENCIA, R. ARCOS, D; LOZA, C, HURTADO, M; ESPINOZA; J. 1985. Muerte fetal intrauterina. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Temas Libres. Resúmenes. Arequipa - Perú.

X. A N E X O



## PROTOCOLO

### INCIDENCIA Y ALGUNOS FACTORES CAUSALES DE MUERTE FETAL

#### DATOS DE LA MADRE

Edad  
Grado de instrucción  
Estado civil  
Ocupación

#### ANTECEDENTES CLINICOS

Hipertensión  
Diabetes  
Enf. renal crónica  
Infecciones  
Pérdida fetal previa  
Otros

#### ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Nacimiento de un neonato con anomalia

#### EMBARAZO ACTUAL

Edad gestacional  
Paridad  
Control pre-natal  
Patologías

#### DIAGNOSTICO DE INGRESO

#### PARTO

Tipo

#### CARACTERISTICAS

Placenta  
Cordón umbilical  
Líquido amniótico

#### DATOS DE RECIEN NACIDO

Sexo  
Peso  
Otros

#### DIAGNOSTICO POST-PARTO

