

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes
atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al
2025.

AUTORES:

Borja Rizzo Joselyne Elizabeth

Olaya Rojas Ruth Jennifer

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

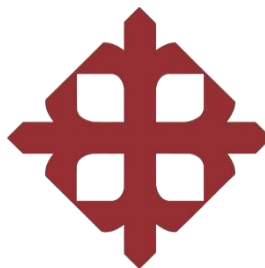
MÉDICO

TUTOR:

Vásquez Cedeño Diego

Guayaquil, Ecuador

2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Borja Rizzo Joselyne Elizabeth y Olaya Rojas Ruth Jennifer** como requerimiento para la obtención de título de **Médico**.

TUTOR



Validar Únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**DIEGO ANTONIO
VASQUEZ CEDENO**

f. _____

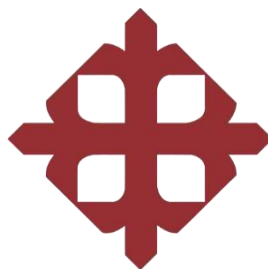
Dr. Vásquez Cedeño Diego

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs

Guayaquil, al 30 del mes de abril del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Borja Rizzo Joselyne Elizabeth,**

Olaya Rojas Ruth Jennifer

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025**, previo a la obtención del Título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme la citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 30 del mes de abril del año 2026

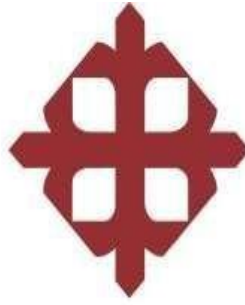
LAS AUTORAS

f.

Borja Rizzo Joselyne Elizabeth

f.

Olaya Rojas Ruth Jennifer



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Borja Rizzo Joselyne Elizabeth,**

Olaya Rojas Ruth Jennifer

Autorizamos a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 30 del mes de abril del año 2026

LAS AUTORAS

f.

Borja Rizzo Joselyne Elizabeth

f.

Olaya Rojas Ruth Jennifer

REPORTE DE COMPILATIO



Informe de análisis

Compilatio Magíster+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025.

ID : 4e51e2fc85647275af12b6c803f08608771abddd



1%
Textos
sospechosos

Nombre del fichero : tesis_Olaya-Borja, p/6 (final).txt
Tamaño del archivo original : 333,78 kB
Número de palabras : 6022
Número de caracteres : 41607

Depositante : Joselyne Borja Rizzo
Autor : Joselyne Borja Rizzo, Ruth Olaya Rojas
Fecha de depósito : 20 de abril de 2026
Tipo de carga : url submission
fecha de fin de análisis : 20 de abril de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Firma



Firmado digitalmente por:
**DIEGO ANTONIO
VASQUEZ CEDENO**

Validar únicamente con FirmaEC

Dr. Diego Vásquez Cedeño

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por guiar mis pasos y permitirme culminar esta importante etapa de mi vida.

A mis padres, Ruth y Freddy, por ser mi ejemplo y guía tanto en lo personal como en lo profesional. Aunque mi madre ya no me acompañe físicamente, su amor y sus enseñanzas han estado presentes en cada logro. Gracias a ambos por los valores inculcados y por inspirarme en la elección de esta profesión.

A mi pareja, William, por estar a mi lado durante todo este proceso, especialmente en los momentos en los que quise desistir. Gracias por recordarme, incluso en los días más difíciles, cuánto me gusta y cuánto significa esta carrera para mí.

A todos mis amigos, por su compañía, los momentos compartidos y el apoyo brindado a lo largo de estos años; en especial, a Joselyne, mi compañera de tesis y de gran parte de la carrera, por su compañerismo y por haber compartido este camino desde el inicio hasta el final. Guardo con mucho cariño cada experiencia vivida y le deseo muchos éxitos.

OLAYA ROJAS, RUTH JENNIFER

AGRADECIMIENTOS

Quiero empezar dando gracias a Dios, por brindarme la vida, la fortaleza y sabiduría necesarias para culminar esta etapa de mi vida, por haberme guiado en cada paso que he dado y siempre llevarme de la mano hacia el camino correcto para mí.

A mis padres, José y Julissa gracias por su amor incondicional, el apoyo día a día y los sacrificios que han hecho con mucho amor a lo largo de mi vida, doy gracias porque han estado ahí en cada momento para impulsarme a seguir adelante, por ser siempre mi más grande inspiración y por enseñarme el valor del esfuerzo, la perseverancia y la empatía, porque sin todos los valores inculcados no podría ser la persona y la profesional que soy ahora, así que este logro es de los tres.

A mis amigos, les agradezco con mucho amor por haberme acompañado en este camino, por todas las risas compartidas y esas anécdotas que jamás olvidaremos, me tocaron unos amigos maravillosos que siempre llevaré guardados en mi corazón y sepan que les deseo los mejores de los éxitos en todo; y a mi amiga durante todos los años de estudiante y compañera de tesis, Ruth, le agradezco por ser siempre esa amiga que está ahí para escuchar y apoyar, que a pesar de los problemas siempre está dispuesta a ayudar, deseo que tengas mucho éxito en cada paso que des en tu camino y que Dios siempre te guíe. Y para concluir, espero que Dios me permita conservar a estas maravillosas personas por muchísimo tiempo más, gracias.

BORJA RIZZO, JOSELYNE ELIZABETH



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JOUVIN MARTILLO JOSÉ LUIS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. AYÓN GENKUONG ANDRÉS MAURICIO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

INDICE

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
1.4 HIPÓTESIS	5
1.5 JUSTIFICACION	5
CAPITULO II	7
2. MARCO TEORICO	7
2.1 ÓBITO FETAL	7
2.1.1 DEFINICION	7
2.1.2 EPIDEMIOLOGIA	7
2.1.3 ETIOLOGIA	9
2.2 FACTORES MATERNOS	9
2.2.1 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	9
2.2.2 DIABETES MELLITUS	9
2.2.4 ANTECEDENTES DE MUERTE FETAL	10
2.2.5 ANEMIA	10
2.2.6 HEMORRAGIA ANTEPARTO	10
2.2.7 PARIDAD	11
2.2.8 FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS ..	11
2.2.9 COMORBILIDADES	11
2.2.10 CONSUMO DE SUSTANCIAS	11
CAPITULO III	13

3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	13
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	13
3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS.....	13
3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	13
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	13
3.4.1 POBLACION.....	13
3.4.2 MUESTRA.....	14
3.4.2.1 Criterios de inclusión.....	14
3.4.2.2 Criterios de exclusión.....	14
3.5 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	14
CAPITULO IV.....	16
CAPITULO V.....	23
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	23
5.1 CONCLUSIONES.....	24
5.2 RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	14
TABLA 2. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN.....	16
TABLA 3. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS DE LA POBLACIÓN.	17
TABLA 4. ANTECEDENTES CLINICOS Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA POBLACIÓN.	18
TABLA 5. ASOCIACIÓN ENTRE MORBILIDADES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS CON EL TIPO DE ÓBITO FETAL	19

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. TIPO DE ÓBITO FETAL.....	18
--	-----------

RESUMEN

Introducción: El óbito fetal intrauterino representa un evento adverso de origen multifactorial con impacto significativo en la salud materno-fetal. Su adecuada caracterización permite identificar factores asociados y fortalecer estrategias preventivas. **Objetivo:** Evaluar los factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025. **Métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal en 104 gestantes con diagnóstico de óbito fetal. Los datos se recolectaron de historias clínicas y se analizaron con JAMOV 2.3. Se aplicaron pruebas de chi cuadrado/Fisher, considerando significancia estadística $p \leq 0,05$. **Resultados:** Predominó el grupo etario de 26–35 años (43,3%), mujeres casadas (50,0%) y con nivel educativo secundario (49,0%). El 58,7% tuvo menos de 5 controles prenatales y el 65,4% procedía de zona urbana. El óbito fetal tardío fue el más frecuente (63,5%). Entre las morbilidades, destacaron hipotiroidismo (31,7%) e hipertensión arterial (30,8%). La preeclampsia fue la principal complicación obstétrica (38,5%). Se evidenció asociación significativa entre hipertensión arterial y óbito tardío (68,8%; $p=0,042$), así como con hipotiroidismo (72,7%; $p=0,022$) y preeclampsia (75,0%; $p=0,005$). Otras variables no mostraron significancia estadística. **Conclusión:** El óbito fetal se asocia principalmente a morbilidades maternas y complicaciones hipertensivas del embarazo. El control prenatal insuficiente y el manejo inadecuado de comorbilidades influyen en su aparición.

Palabras clave: óbito fetal; Mortalidad fetal; Factores maternos; Preeclampsia; Hipertensión arterial.

ABSTRACT

Introduction: Intrauterine fetal death represents an adverse event of multifactorial origin with a significant impact on maternal–fetal health. Its proper characterization allows the identification of associated factors and the strengthening of preventive strategies. **Objective:** To evaluate maternal factors associated with fetal death in pregnant women treated at the University Hospital during the period 2023–2025. **Methods:** Observational, analytical, retrospective, and cross-sectional study including 104 pregnant women diagnosed with fetal death. Data were collected from medical records and analyzed using JAMOV 2.3. Chi-square and Fisher’s exact tests were applied, considering statistical significance at $p \leq 0.05$. **Results:** The predominant age group was 26–35 years (43.3%), with most women being married (50.0%) and having a secondary level of education (49.0%). A total of 58.7% had fewer than five prenatal visits, and 65.4% were from urban areas. Late fetal death was the most frequent (63.5%). Among maternal comorbidities, hypothyroidism (31.7%) and arterial hypertension (30.8%) were the most common. Preeclampsia was the main obstetric complication (38.5%). A significant association was found between arterial hypertension and late fetal death (68.8%; $p=0.042$), as well as with hypothyroidism (72.7%; $p=0.022$) and preeclampsia (75.0%; $p=0.005$). Other variables showed no statistically significant association. **Conclusion:** Fetal death is mainly associated with maternal comorbidities and hypertensive disorders of pregnancy. Insufficient prenatal care and inadequate management of comorbidities contribute to its occurrence.

Keywords: fetal death; fetal mortality; maternal factors; preeclampsia; arterial hypertension.

INTRODUCCIÓN

El óbito o muerte fetal intrauterina ha tenido una evolución conceptual considerable en las últimas décadas, según distintos organismos internacionales, como la Organización Mundial de Salud (OMS), describen como la muerte producida antes de la expulsión o extracción completa de la madre de un producto de la concepción (1–3). Esto independientemente de la duración de la gestación; la muerte se caracteriza por el hecho de que, tras dicha separación, el feto no tiene respiración espontánea, ni latidos cardiacos, pulsaciones del cordón umbilical o movimiento definido de músculos voluntarios (1,3,4).

Esta definición posteriormente se fue estandarizando hasta establecer umbrales relacionados al tiempo gestacional y al peso al nacimiento, los cuales son de 28 semanas y un peso de 350 gramos (3–5). No obstante, otras entidades de salud ponen un umbral de 20 semanas y hasta 500 gramos. La tasa de muerte fetal se expresa habitualmente por cada 1.000 nacidos vivos, debido a la variabilidad en su definición a nivel internacional (5,6). Para efectos del presente estudio, se considerará la definición de óbito fetal a partir de las 20 semanas de gestación, acorde a los criterios clínicos utilizados en la institución.

La muerte fetal intrauterina tiene un origen multifactorial, en el que las condiciones maternas, fetales, placentarias y ambientales, interactúan en la presentación de este resultado adverso. Los factores maternos ocupan un rol sustancial en el óbito fetal, debido a que es la etiología que mayormente se responsabiliza (1,7). Entre las múltiples causas maternas, se tiene a la obesidad como un mayor riesgo de producir un óbito fetal, aumentando esta posibilidad conforme se aumente 5 unidades en el índice de masa corporal (IMC), con un riesgo relativo considerable (1,28; IC del 95%: 1,15-1,43) (8).

La producción de nueva evidencia sobre los factores maternos asociados al óbito fetal, en concordancia con lo descrito en cohortes de distintos países, permitirá establecer un marco de referencia sobre las condiciones de la salud materno-fetal en nuestra población, y servirá como base para el diseño de estrategias orientadas al fortalecimiento de prevención y promoción de la salud desde la atención prenatal (9,10). Este estudio se centrará en poder establecer los factores maternos asociados al óbito fetal en nuestra población, representada en un hospital materno infantil de referencia

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El óbito fetal sigue siendo un gran desafío para la salud pública debido a su impacto en la mortalidad perinatal y el bienestar psicoemocional de las madres y el entorno familiar (1,2). A pesar de los distintos avances en la atención gineco-obstetricia y vigilancia prenatal, su incidencia sigue siendo elevada en muchos países de ingresos bajos y medios, donde las limitaciones en el acceso a los servicios de salud, la cobertura limitada de los exámenes prenatales y las deficiencias en la recopilación de datos estadísticos dificultan su caracterización adecuada (3).

El panorama nacional de la prevalencia de muerte fetal presenta una brecha significativa, atribuida al subregistro de casos, ya que estos suelen agruparse dentro de la mortalidad perinatal sin una clasificación en específica (4). Esta limitación ocasiona que no se pueda estimar el impacto real de la muerte fetal en las gestantes del Ecuador. Además, la falta de datos epidemiológicos restringe el campo de acción de las políticas públicas de salud, en relación con la identificación de factores de riesgo como la hipertensión, diabetes gestacional y la obesidad, que han sido reportados en investigaciones regionales, como factores independientes a la muerte fetal. El Hospital Universitario de Guayaquil, como centro especializado de atención materno-fetal, permite por su alto flujo de pacientes, un entorno idóneo para la identificación de factores de riesgo asociados al óbito fetal.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar los factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con óbito fetal.
2. Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes que presentaron óbito fetal.
3. Identificar las morbilidades obstétricas de las gestaciones con óbito fetal.
4. Relacionar las morbilidades obstétricas con el tipo de presentación de óbito fetal en las gestantes.

1.4 HIPÓTESIS

Los factores maternos se asocian significativamente con un mayor riesgo de óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025.

1.5 JUSTIFICACION

La incidencia del óbito fetal como evento obstétrico se encuentra subregistrado a nivel mundial, en su mayoría por la heterogeneidad de criterios y definiciones empleados para su diagnóstico y notificación (1,3). En el Ecuador, no se dispone de una tasa actualizada que refleje con precisión el impacto de este resultado adverso en la población de edad fértil. Si bien existen registros de mortalidad infantil, lo que limita la actuación entorno a fortalecer el proceso de acompañamiento y control materno-fetal. Existen factores de riesgo que se han relacionado con el óbito fetal y que permiten dimensionar las condiciones maternas que incrementan la probabilidad de muerte intrauterina. En esta línea, se busca fortalecer la evidencia entorno a la asociación de estos factores en base a la realidad de las gestantes que se atienden diariamente en el Hospital Universitario, las cuales comparen

características únicas, en contextos muchas veces de desigualdades, lo que podrá orientar a mejoras entorno a la prevención y atención materna-fetal.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 ÓBITO FETAL

2.1.1 DEFINICION

El óbito fetal es definido como la muerte intrauterina de un feto ocurrida a partir de las 20 semanas de gestación o con un peso fetal aproximado de ≥ 500 g, antes de la expulsión o extracción completa de la madre (1,2). Este desenlace adverso representa un indicador crítico de salud materno-fetal y se asocia con múltiples factores de riesgo maternos, fetales, placentarios y socioeconómicos. Su ocurrencia tiene profundas repercusiones psicológicas y sociales para la gestante y su familia (2,4,8).

2.1.2 EPIDEMIOLOGIA

En Ecuador, la tasa de óbito fetal en 2022 fue de 5,75 muertes fetales por cada 1.000 nacidos vivos, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (4,6,7). Este índice es superior al promedio regional de América Latina y el Caribe, que se sitúa en torno a 5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. A nivel provincial, se observan disparidades significativas. Por ejemplo, en la provincia del Guayas, la tasa de muertes fetales fue de 8,6 por cada 1.000 nacidos vivos, superando ampliamente el promedio nacional (4,10).

2.1.3 ETIOLOGIA

Variables	Etiología / Causa	Mecanismo Histopatológico	Indicador
Maternos	Trastornos hipertensivos	Hipoperfusión placentaria, infartos, hipoxia fetal	Hipertensión crónica, preeclampsia, eclampsia
	Diabetes mellitus	Hiper glucemia materna,	Diabetes pregestacional o

		alteración de función placentaria, malformaciones congénitas	gestacional mal controlada
	Anemia	Disminución del transporte de oxígeno, hipoxia crónica fetal	Anemia ferropénica severa, anemia por hemoglobinopatías
	Enfermedades crónicas	Alteración del aporte sanguíneo, hipoxia, estrés metabólico fetal	Enfermedad renal, cardiopatías congénitas, lupus, trombofilias
	Consumo de sustancias	Vasoconstricción placentaria, hipoxia, malnutrición fetal	Tabaco, cocaína, opioides, alcohol
Placenta / cordón umbilical	Desprendimiento prematuro de placenta	Hipoxia aguda por separación de placenta	Hemorragia anteparto, emergencia obstétrica
	Placenta previa / acretismo	Hipoperfusión, hemorragia crónica	Sangrado repetitivo, riesgo de hipoxia fetal
	Malformaciones o insuficiencia placentaria	Restricción de crecimiento, hipoxia crónica	Infartos placentarios, mal perfusión uteroplacentaria
	Cordón umbilical	Compresión, prolapso, nudos verdaderos	Sufrimiento fetal, hipoxia aguda
Fetales / genéticos	Malformaciones congénitas	Incompatibilidad con la vida, alteración de órganos vitales	Anencefalia, cardiopatías graves, defectos metabólicos
	Restricción del crecimiento intrauterino	Hipoxia crónica, estrés fetal	Fetos pequeños para la edad gestacional por insuficiencia placentaria
	Infecciones fetales	Inflamación sistémica, daño orgánico	TORCH, malaria, sífilis, infecciones bacterianas
Infecciosos maternos	Sepsis materna	Hipoxia fetal secundaria,	Infecciones urinarias graves,

		inflamación sistémica	corioamnionitis, bacteriemia
Socioeconómico	Atención prenatal insuficiente	Diagnóstico tardío, manejo incompleto de factores de riesgo	Bajo nivel educativo, pobreza, zonas rurales aisladas
	Edad materna extrema	Mayor riesgo de comorbilidades o anomalías genéticas	<18 años o ≥40 años
	Paridad extrema	Nuliparidad: adaptación insuficiente; Gran multiparidad: desgaste uterino	Riesgo aumentado de preeclampsia, hemorragia, placenta previa
Otros factores	Trauma materno	Hipoxia aguda fetal, hemorragia	Accidentes, violencia, caídas
	Condiciones ambientales	Estrés, intoxicaciones, radiación	Exposición a sustancias teratogénicas, contaminación (10)

2.2 FACTORES MATERNOS

2.2.1 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

La hipertensión crónica y la preeclampsia se asocian estrechamente con un mayor riesgo de óbito fetal (1,2). La fisiopatología de estos fenómenos se centra en la hipoperfusión a nivel del útero y placenta, que ocasiona una necrosis e infartos placentarios, lo que agrava y mantiene el estado de hipoxia local. Existen resultados de investigaciones multicéntricas que determinan que el riesgo de muerte fetal se duplica en madres con algún tipo de trastornos de la presión arterial (3-5).

2.2.2 DIABETES MELLITUS

La diabetes pregestacional como la gestacional se asocian con un riesgo significativamente elevado de muerte fetal (2,6,8). Los mecanismos incluyen malformaciones congénitas, hiperglucemia sostenida, alteraciones en la

función placentaria y mayor incidencia de restricción del crecimiento intrauterino y macrosomía. En relación con la diabetes pregestacional, de manera especial cuando no está controlada, puede aumentar hasta 4 veces el riesgo de óbito fetal. Por su parte, la diabetes gestacional, aunque con menos impacto, continúa considerándose un factor de riesgo independiente. Asimismo, esta condición incrementa las probabilidades de eventos obstétricos como el polihidramnios y el parto prematuro, los cuales también se asocian con la morbilidad fetal (4,8,9).

2.2.3 EDAD MATERNA AVANZADA

Las gestantes mayores de 35 años, especialmente ≥ 40 , tienen un riesgo creciente de muerte fetal. Este riesgo se vincula a la disminución de la reserva ovárica, mayor frecuencia de aneuploidías y comorbilidades crónicas (2,4,8,10).

2.2.4 ANTECEDENTES DE MUERTE FETAL

Es uno de los predictores más fuertes de recurrencia, ya que refleja la persistencia de factores biológicos o anatómicos no corregidos (ej. trombofilias, alteraciones uterinas, enfermedades crónicas maternas) (8,10,11).

2.2.5 ANEMIA

La anemia materna, especialmente en su forma moderada a severa ($Hb < 10$ g/dL), se ha identificado como un factor de riesgo importante para el óbito fetal. Su mecanismo principal radica en la disminución de la capacidad de transporte de oxígeno de la hemoglobina, lo que compromete el suministro adecuado al útero y la placenta (2,5,9). La hipoxia crónica intrauterina resultante genera restricción del crecimiento fetal, sufrimiento fetal persistente y, en casos graves, muerte intrauterina. Estudios poblacionales han mostrado que las gestantes con anemia severa presentan hasta 2,6 veces más riesgo de muerte fetal en comparación con aquellas con niveles normales de hemoglobina (6,12).

2.2.6 HEMORRAGIA ANTEPARTO

La hemorragia antes del inicio del trabajo de parto representa un factor de alto riesgo para la viabilidad fetal. La etiología más frecuente de este tipo de hemorragia es el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) y la placenta previa (7,9). Estas dos patologías producen una disminución del flujo sanguíneo y del aporte de oxígeno, lo que compromete la función placentaria y puede derivar a una muerte fetal (7,8)

2.2.7 PARIDAD

La paridad extrema, tanto en nulíparas como en grandes multíparas, se ha vinculado con un mayor riesgo de muerte fetal (8-10).

- Nuliparidad: La ausencia de una gestación previa implica falta de adaptación cardiovascular y uteroplacentaria, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones hipertensivas del embarazo, restricción de crecimiento fetal y óbito. También se asocia con mayor riesgo de parto prolongado, distocia y sufrimiento fetal intraparto.
- Multiparidad: Se define a una mujer multípara cuando ha tenido un número de igual o superior a 5 partos. Lo que por principios fisiológicos determina un aumento en complicaciones obstétricas como el acretismo placentario, placenta previa y hemorragia materna. Estos desenlaces adversos contribuyen a la hipoxia y la muerte fetales (8,9).

2.2.8 FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEMOGRÁFICOS

El bajo nivel educativo, la falta de controles prenatales y condiciones de vulnerabilidad social (soltería, pobreza, etnicidad) influyen negativamente en la detección temprana y prevención de complicaciones (8,9,11).

2.2.9 COMORBILIDADES

Las patologías como la enfermedad renal crónica, hipotiroidismo, lupus, trombofilias, cardiopatías congénitas cianóticas y colestasis del embarazo son reconocidos factores de riesgo, ya que alteran la homeostasis materno-fetal y la oxigenación (8,9,11).

2.2.10 CONSUMO DE SUSTANCIAS

El tabaquismo durante el embarazo constituye uno de los factores de riesgo modificables más relevantes. La nicotina produce vasoconstricción de los vasos uteroplacentarios, lo que reduce el flujo sanguíneo hacia la placenta y condiciona hipoxia crónica fetal. El monóxido de carbono del humo se une a la hemoglobina materna y fetal, formando carboxihemoglobina, que desplaza al oxígeno y disminuye su transporte (9,14). Esto ocasiona una exposición al estrés hipóxico sostenido, lo que limita el crecimiento fetal y aumenta la susceptibilidad a la muerte intrauterina. Está ampliamente documentado la relación del consumo activo del tabaco en el embarazo y el riesgo de óbito fetal. De la misma forma, otras sustancias con efecto psicotrópico como la cocaína, durante el embarazo ocasiona una vasoconstricción generalizada, de la mano de un desprendimiento prematuro de placenta, arritmias fetales e hipoxia (15,16).

En el caso de los opioides, su uso crónico se asocia a depresión respiratoria materna, episodios de hipoxia y restricción del crecimiento intrauterino, además de complicaciones neonatales como síndrome de abstinencia. Los opioides también interfieren con el desarrollo neurológico fetal y aumentan la probabilidad de complicaciones perinatales graves, incluido el óbito (16,17).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio tiene un diseño observacional, no experimental, analítico, retrospectivo y transversal. El trabajo de investigación se realizó en el Hospital Universitario desde el 2023 al 2025.

3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

La recolección de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas por parte de los autores, contando previamente con la autorización de los departamentos correspondientes. La base de datos proporcionada incluía a los pacientes codificados con un número de identificación y los diagnósticos según CIE-10, a partir de los cuales se extrajo la información pertinente a las variables de interés. Posteriormente, los datos fueron organizados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel en Windows 11, conforme a las variables establecidas en el estudio.

3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos se analizaron mediante el programa JAMOVI 2.3. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables continuas se resumieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, como media, mediana, rango intercuartil y desviación estándar, según la normalidad de los datos, la cual fue evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para el análisis bivariado, se emplearon pruebas de asociación como chi cuadrado o prueba exacta de Fisher en el caso de variables cualitativas. Se consideró un valor de $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativo.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 POBLACION

La población se conformó por las gestantes con CIE-10: O36.4, atendidas en el Hospital Universitario del 2023 al 2025.

3.4.2 MUESTRA

No hubo un muestreo aleatorio, se realizó una selección muestral por conveniencia mediante los criterios de inclusión establecidos.

3.4.2.1 Criterios de inclusión

- Gestantes mayores a 18 años.
- Gestantes con diagnóstico confirmado de óbito fetal.
- Gestantes atendidas en el Hospital Universitario del periodo 2023 al 2025.

3.4.2.2 Criterios de exclusión

- Gestantes con historias clínicas incompletas
- Gestantes con embarazos molares o ectópicos.

3.5 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Edad de la gestante	Edad en años cumplidos	Cuantitativa discreta	Años
Estado civil	Estado civil de la gestante	Cualitativa nominal politómica	Soltera, Casada/Unión libre, Divorciada, Viuda
Nivel de instrucción	Nivel educativo alcanzado	Cualitativa ordinal	Primaria, Secundaria, Superior, Ninguno
Ocupación	Tipo de ocupación	Cualitativa nominal politómica	Empleada, Desempleada, Ama de casa, Otros
Procedencia	Zona geográfica de residencia	Cualitativa nominal dicotómica	Urbana / Rural

Antecedentes obstétricos	Número de gestaciones, partos, abortos previos	Cuantitativa discreta	Número de eventos
Edad gestacional al óbito	Semanas de gestación al momento del óbito	Cuantitativa continua	Semanas
Tipo de óbito fetal	Clasificación según edad gestacional	Cualitativa nominal politómica	Temprano, Intermedio, Tardío
Morbilidades maternas	Enfermedades presentes durante el embarazo	Cualitativa nominal politómica	Hipertensión, Diabetes, Enfermedades cardíacas, Infecciones, Otras
Complicaciones obstétricas	Alteraciones durante la gestación	Cualitativa nominal politómica	Preeclampsia, Placenta previa, Desprendimiento prematuro, Otras
Control prenatal	Número de controles prenatales realizados	Cuantitativa discreta	Número de controles
IMC materno	Índice de masa corporal al inicio del embarazo	Cualitativa ordinal	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III
Antecedentes familiares de óbito fetal	Presencia de óbitos fetales en familiares	Cualitativa nominal dicotómica	Sí / No

Autores: Borja Rizzo Joselyne Elizabeth y Olaya Rojas Ruth Jennifer

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Se identificaron a 104 gestantes con diagnóstico de óbito fetal que cumplían los criterios de inclusión fueron atendidas de enero del 2023 a diciembre del 2025 en el Hospital Universitario de Guayaquil.

En la tabla 2 se observa las principales características sociodemográficas de la cohorte estudiada. El 43,3% de las gestantes pertenecían al grupo etario dentro de los 26 a 35 años. Además, el 50,0% registró estar casadas, y un 49,0% contar hasta la secundaria como nivel de instrucción al momento de la atención. El 44,2% documentaron ser amas de casa y el 65,4% provenían de zonas urbanas.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población.

Variable	n	%
Edad		
18–25 años	27	26,0
26–35 años	45	43,3
36–45 años	32	30,7
Estado civil		
Soltera	28	26,9
Casada	52	50,0
Divorciada	24	23,1
Nivel instrucción		
Ninguno/Primaria	22	21,2
Secundaria	51	49,0
Superior	31	29,8
Ocupación		
Empleada	40	38,5
Desempleada	18	17,3
Ama de casa	46	44,2
Procedencia		
Urbana	68	65,4
Rural	36	34,6

Autores: Borja Rizzo Joselyne Elizabeth y Olaya Rojas Ruth Jennifer

Fuente: Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025.

Referente a los antecedentes gineco-obstétricos, se evidenció que el 40,4% (42 casos) presentó entre 1 a 2 gestas, seguido del 36,5% (38 casos) con 3 a 4 gestas. La paridad más frecuente fue de 1 a 2 partos con el 46,2% (48 casos). En cuanto a los abortos, el 59,6% (62 casos) no presentó antecedentes. Respecto a los controles prenatales, el 58,7% (61 casos) tuvo menos de 5 controles. En relación con el IMC materno, predominó el rango normal con el 30,8% (32 casos), seguido de sobrepeso con 26,9% (28 casos). El antecedente familiar de óbito fetal estuvo ausente en el 73,1% (76 casos).

Tabla 3. Antecedentes gineco-obstétricos de la población.

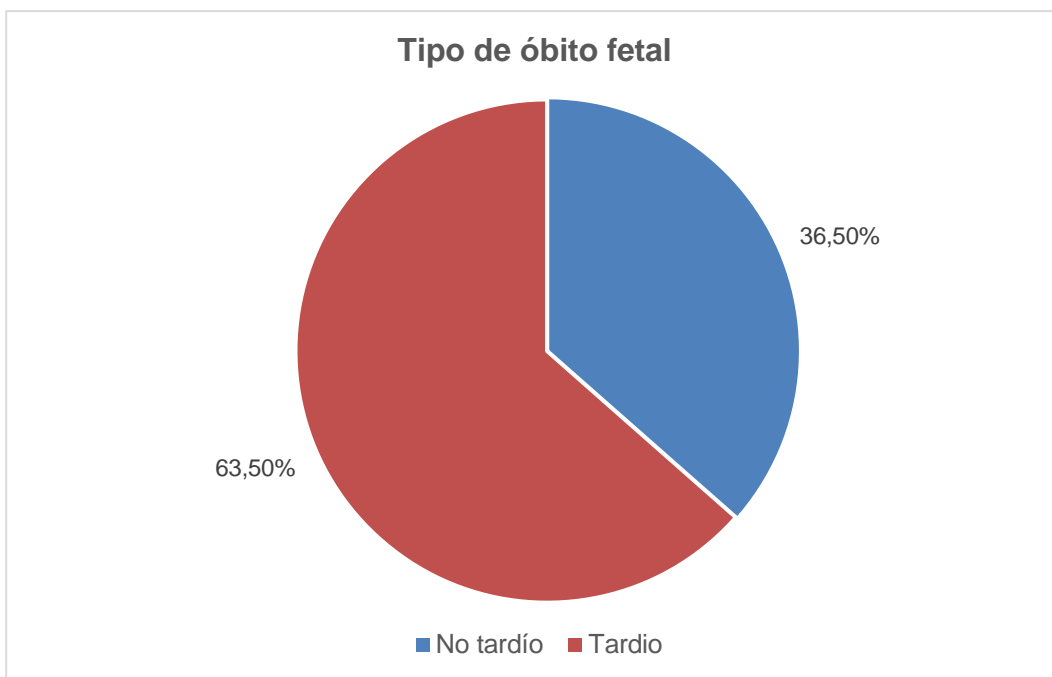
Variable	n	%
Gestas		
1-2	42	40,4
3-4	38	36,5
≥5	24	23,1
Paridad		
0	30	28,8
1-2	48	46,2
≥3	26	25,0
Abortos		
0	62	59,6
1-2	34	32,7
≥3	8	7,7
Controles prenatales		
<5 controles	61	58,7
≥5 controles	43	41,3
IMC materno		
Bajo peso	6	5,8
Normal	32	30,8
Sobrepeso	28	26,9
Obesidad I	20	19,2
Obesidad II-III	18	17,3
Antecedente familiar de óbito		
Sí	28	26,9
No	76	73,1

Autores: Borja Rizzo Joselyne Elizabeth y Olaya Rojas Ruth Jennifer

Fuente: Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025.

Se observó que el tipo de óbito fetal predominante fue el tardío con el 63,5% (66 casos), seguido del intermedio con el 26,9% (28 casos), mientras que el óbito temprano representó el 9,6% (10 casos).

Gráfico 1. Tipo de óbito fetal



Autores: Borja Rizzo Joselyne Elizabeth y Olaya Rojas Ruth Jennifer

Fuente: Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025.

En torno a los antecedentes clínicos, la morbilidad materna más frecuente fue el hipotiroidismo con el 31,7% (33 casos), seguido de hipertensión arterial con 30,8% (32 casos). En cuanto a las complicaciones obstétricas, la preeclampsia fue la más frecuente con el 38,5% (40 casos), seguida de placenta previa con 21,2% (22 casos) y desprendimiento prematuro de placenta con 17,3% (18 casos).

Tabla 4. Antecedentes clínicos y complicaciones obstétricas de la población.

Variable	n	%
Morbilidad materna		
Hipertensión arterial	32	30,8
Diabetes mellitus tipo 2	21	20,2
Dislipidemia	18	17,3
Hipotiroidismo	33	31,7
Complicaciones obstétricas		
Preeclampsia	40	38,5
Placenta previa	22	21,2
DPPNI	18	17,3
Síndrome antifosfolípido	7	6,7
Infecciones TORCH	9	8,6
Eclampsia	8	7,7

Autores: Borja Rizzo Joselyne Elizabeth y Olaya Rojas Ruth Jennifer

Fuente: Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025.

En la tabla 5 se observa lo referente a la relación entre morbilidades y complicaciones obstétricas según el óbito fetal, se evidenció que el óbito tardío se reportó en el 68,8% de gestantes con antecedente de hipertensión arterial, siendo estadísticamente significativo ($p = 0,042$). De la misma forma, el hipotiroidismo se asoció con una mayor frecuencia de óbito tardío (72,7%) en comparación con el no tardío (27,3%), también con significancia estadística ($p = 0,022$).

Tabla 5. Asociación entre morbilidades y complicaciones obstétricas con el tipo de óbito fetal.

Variables	Tardío		No tardío		Total	Valor p
	n	%	n	%		
Morbilidad materna						
Hipertensión arterial	22	68.8	10	31.2	32	0.042
Diabetes mellitus tipo 2	14	66.7	7	33.3	21	0.151
Dislipidemia	11	61.1	7	38.9	18	0.803
Hipotiroidismo	24	72.7	9	27.3	33	0.022
Complicaciones obstétricas						
Preeclampsia	30	75.0	10	25.0	40	0.005
Placenta previa	14	63.6	8	36.4	22	0.602
DPPNI	13	72.2	5	27.8	18	0.201
Síndrome antifosfolípido	6	85.7	1	14.3	7	0.093
Infecciones TORCH	7	77.8	2	22.2	9	0.255
Eclampsia	7	87.5	1	12.5	8	0.069

Autores: Borja Rizzo Joselyne Elizabeth y Olaya Rojas Ruth Jennifer

Fuente: Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025.

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio analizó los factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023–2025. En relación con la edad, se identificó un predominio del grupo de 26 a 35 años (43,3%). Este hallazgo es similar a lo reportado por Guerra Fernández et al (18), quienes describen mayor frecuencia de muerte fetal tardía en edades reproductivas medias, así como con Villagaray Palomino (19), donde este grupo etario representó la mayor proporción de casos. De forma similar, Rangel Meza et al (20) identifican mayor concentración en mujeres entre 25 y 34 años. Esta similitud podría explicarse por la mayor exposición acumulada a factores de riesgo obstétricos en este grupo etario.

En cuanto al estado civil, predominó el grupo de mujeres casadas (50,0%), lo cual coincide con lo descrito por Huanca Ticona (21), quien reporta mayor frecuencia en mujeres con pareja estable. Asimismo, Guerra Fernández et al (18) también evidencian predominio de gestantes con unión estable. La similitud observada se podría explicar debido a que existe una mayor accesibilidad a las prestaciones de salud en mujeres con apoyo familiar o lo denominado estabilidad social. El 49,0% de los casos llegó a una educación secundaria (49,0%), lo que se asemeja a lo señalado por Villagaray Palomino (19) y Huanca Ticona (21), los cuales mencionaron que, en contextos de educación incompleta, se observó una mayor frecuencia de gestantes con óbito fetal. Esto podría atribuirse a la distribución de la población y las desigualdades sociales que limitan el acceso a la educación superior en ciertos contextos.

En relación con los antecedentes gineco-obstétricos, el 46,2% presentó entre 1 a 2 partos, hallazgo comparable con Rangel Meza et al (20), quienes describen mayor frecuencia de multiparidad en estos casos. Asimismo, Huanca Ticona (21) reporta resultados similares en gestantes con antecedentes obstétricos previos. Esta similitud podría atribuirse a los cambios anatómicos y funcionales del útero asociados a embarazos previos.

En cuanto a los antecedentes de abortos, el 59,6% no presentó eventos previos, resultado que difiere parcialmente de lo reportado por Villagaray Palomino (19), donde se evidenció mayor frecuencia de antecedentes abortivos. No obstante, Guerra Fernández et al (18) reportan distintas proporciones que difieren según la población estudiada. Este fenómeno de variabilidad se podría relacionar con las características sociodemográficas que distinguen a las gestantes.

El 58,7% de las gestantes presentaron menos de 5 controles. Esto es consistente con Rangel Meza et al (20), quienes muestran que un control prenatal inadecuado se vincula con un mayor riesgo de desenlaces adversos. Asimismo, Huanca Ticona (21) reporta menor número de controles en gestantes con complicaciones. Esta similitud podría deberse a barreras en el acceso a servicios de salud o a un seguimiento inadecuado del embarazo.

En relación con el tipo de óbito fetal, predominó el óbito tardío (63,5%), hallazgo consistente con lo reportado por Guerra Fernández et al (18), quienes describen mayor frecuencia de muerte fetal en etapas avanzadas de la gestación. De forma similar, Rangel Meza et al (20) evidencian predominio de óbitos tardíos en su población. Esta concordancia puede explicarse por la mayor vulnerabilidad placentaria y fetal en el tercer trimestre.

En lo concerniente a las morbilidades maternas, el hipotiroidismo (31,7%) y la hipertensión arterial (30,8%) fueron las más frecuentes. Estos resultados son comparables con Guerra Fernández et al (18) y Rangel Meza et al (20), quienes reportan a los trastornos hipertensivos como factores relevantes en el óbito fetal. Asimismo, Huanca Ticona (21) identifica la presencia de comorbilidades como determinantes importantes. Esta similitud podría explicarse por el impacto de estas condiciones sobre la perfusión placentaria (22,23).

En cuanto a las complicaciones obstétricas, la preeclampsia fue la más frecuente (38,5%), lo cual coincide con Guerra Fernández et al (18) y Rangel Meza et al (20), quienes la identifican como uno de los principales factores asociados a muerte fetal. De igual forma, Villagaray Palomino (19) describe alta frecuencia de trastornos hipertensivos del embarazo. Esta concordancia puede atribuirse a la alteración de la circulación uteroplacentaria que caracteriza esta patología.

Respecto al análisis de asociación, la hipertensión arterial mostró una mayor proporción de óbito tardío (68,8%) con significancia estadística ($p=0,042$), resultado consistente con Guerra Fernández et al (19) y Rangel Meza et al (20), quienes evidencian asociación significativa entre trastornos hipertensivos y muerte fetal. Esta similitud podría explicarse por el compromiso vascular placentario que limita el aporte de oxígeno al feto (24,25).

De manera similar, el hipotiroidismo presentó asociación significativa ($p=0,022$), lo cual coincide parcialmente con Huanca Ticona (21), quien describe relación entre enfermedades maternas y desenlaces adversos. No obstante, otros estudios como Villagaray Palomino (19) no reportan esta

asociación de forma consistente. Esta diferencia podría explicarse por variaciones en el diagnóstico y control de la enfermedad tiroidea.

En cuanto a la preeclampsia, se evidenció una asociación significativa con el óbito tardío (75,0%; $p=0,005$), lo cual es consistente con Guerra Fernández et al (18), Rangel Meza et al (20) y Villagaray Palomino (19), quienes identifican esta complicación como uno de los principales determinantes del óbito fetal. Esta similitud puede explicarse por el compromiso severo de la perfusión uteroplacentaria característico de esta condición. Por otro lado, variables como diabetes mellitus tipo 2 ($p= 0,151$), dislipidemia ($p=0,803$), placenta previa ($p=0,602$), DPPNI ($p=0,201$), infecciones TORCH ($p=0,255$) y eclampsia ($p=0,069$) no mostraron asociación estadísticamente significativa. Estos hallazgos son parcialmente concordantes con lo descrito por Villagaray Palomino (19) y Huanca Ticona (21), quienes reportan resultados variables según el tamaño muestral y características poblacionales. Estas diferencias podrían explicarse por el número limitado de casos en algunas categorías y la naturaleza multifactorial del óbito fetal.

La limitación sobresaliente de este estudio fue la forma retrospectiva en el que se recolectaron los datos y la medición única de las variables, debido a que no se pudo realizar un seguimiento a las pacientes a lo largo de un tiempo y observar el comportamiento de las variables para analizar su relación con los desenlaces estudiados. No obstante, la fortaleza radica en los componentes metodológicos como las variables descritas que permitieron hacer una caracterización completa entorno a las pacientes que presentaron este diagnóstico.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. El óbito fetal se presentó con mayor frecuencia en gestantes en edades reproductivas intermedias, con características sociodemográficas como convivencia en pareja, nivel educativo secundario y procedencia urbana, reflejando un perfil poblacional predominante en el contexto estudiado.
2. Se evidenció que los antecedentes gineco-obstétricos más comunes incluyeron multiparidad y control prenatal insuficiente, lo que sugiere limitaciones en el seguimiento oportuno del embarazo y posibles riesgos acumulados.
3. El óbito fetal tardío fue la presentación más frecuente, asociado a la presencia de morbilidades maternas como hipertensión arterial e hipotiroidismo, así como a complicaciones obstétricas, especialmente la preeclampsia.
4. La hipertensión arterial, el hipotiroidismo y la preeclampsia mostraron relación con el óbito fetal tardío, evidenciando el papel de las alteraciones maternas y del compromiso placentario en la evolución adversa del embarazo

5.2 RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el control prenatal desde etapas tempranas del embarazo, priorizando la captación oportuna y el seguimiento continuo de las gestantes.
2. Implementar estrategias de detección temprana y manejo adecuado de enfermedades maternas como hipertensión arterial y trastornos tiroideos durante el embarazo.

3. Mejorar la vigilancia clínica de las gestantes con factores de riesgo obstétrico, especialmente aquellas con antecedentes de complicaciones o controles prenatales insuficientes.
4. Promover educación en salud materna enfocada en la importancia del control prenatal, la identificación de signos de alarma y la adherencia al tratamiento de comorbilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet Lond Engl*. 6 de febrero de 2016;387(10018):587-603.
2. E M, A R, N N, C R G, H L, R S, et al. Risk of stillbirth, preterm delivery, and fetal growth restriction following exposure in a previous birth: systematic review and meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. enero de 2018 [citado 9 de septiembre de 2025];125(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28856792/>
3. Muerte prenatal [Internet]. [citado 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth>
4. Botzer T, Baumfeld Y, Davidesko S, Novack V. Risk factors for antepartum death in term pregnancies. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. julio de 2022;35(14):2684-9.
5. Simpson L, Khati NJ, Deshmukh SP, Dudiak KM, Harisinghani MG, Henrichsen TL, et al. ACR Appropriateness Criteria Assessment of Fetal Well-Being. *J Am Coll Radiol JACR*. diciembre de 2016;13(12 Pt A):1483-93.
6. Cc L, R R, T S, A D, Ga D, F P, et al. Clinical Opinion: The diagnosis and management of suspected fetal growth restriction: an evidence-based approach. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. marzo de 2022 [citado 9 de septiembre de 2025];226(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35026129/>
7. Jin M, Liu X, Liu X, Wu Y, Zhang Y, Zhang L, et al. Association of pre-/early pregnancy high blood pressure and pregnancy outcomes: a systemic review and meta-analysis. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. diciembre de 2024;37(1):2296366.
8. Obesity in Pregnancy | *New England Journal of Medicine* [Internet]. [citado 9 de septiembre de 2025]. Disponible en:

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1801040?utm_source=openevidence

9. Kulkarni VG, Sunilkumar KB, Nagaraj TS, Uddin Z, Ahmed I, Hwang K, et al. Maternal and fetal vascular lesions of malperfusion in the placentas associated with fetal and neonatal death: results of a prospective observational study. *Am J Obstet Gynecol*. diciembre de 2021;225(6):660.e1-660.e12.
10. Guerra Fernández G, Sarasa Muñoz, Álvarez-Guerra González E, Alfonso Aguila B, Navas Contino M, Guerra Fernández G, et al. Factores de riesgo maternos asociados con la muerte fetal tardía en el contexto santaclareño. *Medicentro Electrónica [Internet]*. junio de 2023 [citado 9 de septiembre de 2025];27(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30432023000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
11. Malaza N, Masete M, Adam S, Dias S, Nyawo T, Pheiffer C. A Systematic Review to Compare Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Pregestational Diabetes and Gestational Diabetes. *Int J Environ Res Public Health*. 31 de agosto de 2022;19(17):10846
12. Patín Ibarra JC. Incidencia de factores de riesgos asociados al óbito fetal en embarazadas atendidas en el Hospital General Ambato IESS [Bachelor's thesis]. Ambato: Universidad; 2022.
13. Gallegos LAM, Romero OSC, Chuqui TIY. Análisis epidemiológico de los factores de riesgo del óbito fetal: incidencia en la salud pública. *Rev Inclusiones*. 2024;11(2):190-207.
14. Pantigoso-Gutierrez DF, Oscátegui-Peña ME, Chafloque Chavesta JJ, Barja-Ore J. Características de los casos de óbito fetal en un hospital público de Perú: estudio descriptivo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2024;84(1):42-48.
15. Adugna DG, Worku MG. Maternal and neonatal factors associated with low birth weight among neonates delivered at the University of Gondar comprehensive specialized hospital, Northwest Ethiopia. *Front Pediatr*. 2022 Aug 15;10:899922. doi: 10.3389/fped.2022.899922.

16. Muin DA, Erlacher JS, Leutgeb S, Felhofer A. Facilitators and Strategies for Breaking the News of an Intrauterine Death-A Mixed Methods Study among Obstetricians. *J Clin Med.* 2021 Nov 17;10(22):5347. doi: 10.3390/jcm10225347.
17. Sampurna MTA, Handayani KD, Utomo MT, Angelika D, Etika R, Harianto A, Mapindra MP, Mahindra MP, Efendi F, Kaban RK, Rohsiswatmo R, Visuddho V, Permana PBD. Determinants of neonatal deaths in Indonesia: A national survey data analysis of 10,838 newborns. *Heliyon.* 2023 Jan 16;9(1):e12980. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e12980.
18. Guerra Fernández G, Muñoz S, Álvarez-Guerra González E, Alfonso Aguila B, Navas Contino M. Factores de riesgo maternos asociados con la muerte fetal tardía en el contexto santacolareño. *Medicentro Electrónica.* 2023;27(2).
19. Villagaray Palomino SR. Determinantes asociados a presencia de óbito fetal en gestantes adolescentes y añosas del Hospital Santa María del Socorro, periodo 2020-2021. 2024.
20. Rangel Meza CR, Rojas Montenegro MC, Lozada FR, Vargas Polania JJ. Factores de riesgo asociados a óbito fetal en gestantes atendidas en un hospital de tercer nivel en Neiva, Huila. *Rev Médica de Risaralda.* 2025;31(2):7–20.
21. Huanca Ticona RH. Características personales y riesgo obstétrico relacionados a óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca–2024. 2025.
22. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, Ellwood D, Erwich JJHM, Coory M, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet.* 2016;387(10019):691–702.
23. World Health Organization. Stillbirths: global status and trends. *Lancet.* 2020;395(10236):779–791.
24. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet.* 2016;387(10018):587–603.

25. Reddy UM, Page GP, Saade GR, Silver RM, Thorsten VR, Parker CB, et al. Karyotype versus microarray testing for genetic abnormalities after stillbirth. *N Engl J Med.* 2012;367(23):2185–2193.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Olaya Rojas Ruth Jennifer**, con C.C: # **0932415201** autora del trabajo de titulación: “**Factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025**” previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de abril de 2026**

f. _____

Olaya Rojas Ruth Jennifer

CI: 0932415201



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Borja Rizzo Joselyne Elizabeth**, con C.C: # **0953205788** autor/a del trabajo de titulación: “**Factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025**” previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de abril del 2026**

f. _____

Borja Rizzo Joselyne Elizabeth

C.C: 0953205788

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025		
AUTOR(ES)	Borja Rizzo Joselyne Elizabeth Olaya Rojas Ruth Jennifer		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Vásquez Cedeño Diego		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril de 2021	No. DE PÁGINAS:	29
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud pública, Ginecología, Epidemiología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	óbito fetal; mortalidad fetal; factores maternos; preeclampsia; hipertensión arterial.		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>Introducción: El óbito fetal intrauterino representa un evento adverso de origen multifactorial con impacto significativo en la salud materno-fetal. Su adecuada caracterización permite identificar factores asociados y fortalecer estrategias preventivas. Objetivo: Evaluar los factores maternos asociados al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Universitario durante el periodo 2023 al 2025. Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal en 104 gestantes con diagnóstico de óbito fetal. Los datos se recolectaron de historias clínicas y se analizaron con JAMOVI 2.3. Se aplicaron pruebas de chi cuadrado/Fisher, considerando significancia estadística $p \leq 0,05$. Resultados: Predominó el grupo etario de 26–35 años (43,3%), mujeres casadas (50,0%) y con nivel educativo secundario (49,0%). El 58,7% tuvo menos de 5 controles prenatales y el 65,4% procedía de zona urbana. El óbito fetal tardío fue el más frecuente (63,5%). Entre las morbilidades, destacaron hipotiroidismo (31,7%) e hipertensión arterial (30,8%). La preeclampsia fue la principal complicación obstétrica (38,5%). Se evidenció asociación significativa entre hipertensión arterial y óbito tardío (68,8%; $p=0,042$), así como con hipotiroidismo (72,7%; $p=0,022$) y preeclampsia (75,0%; $p=0,005$). Otras variables no mostraron significancia estadística. Conclusión: El óbito fetal se asocia principalmente a morbilidades maternas y complicaciones hipertensivas del embarazo. El</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 98 315 3228 +593 99 642 7702	E-mail: joselizelizabeth@gmail.com ruthjenniferolaya@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: AYON GENKUONG, ANDRES MAURICIO		
	Teléfono: +593 99 757 2784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			