



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres  
Gestantes en un Hospital de especialidad de Guayaquil.**

**AUTORAS:**

**Hidalgo Coronel Mónica Alexandra  
Salazar Celi Mayra Ivonne**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TUTORA:**

**Lic. Franco Poveda Kristy, Mgs**

**Guayaquil, Ecuador**

**31 de agosto del 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por, **Hidalgo Coronel Mónica Alexandra y Salazar Celi Mayra Ivonne** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciatura En Enfermería**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Lic. Kristy Franco Poveda, Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Lcda. Mendoza Vincés Ángela, Mgs.**

**Guayaquil, a los 31 del mes de agosto del año 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **Hidalgo Coronel Mónica Alexandra**

**Salazar Celi Mayra Ivonne**

### **DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres Gestantes en un Hospital de especialidad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 31 del mes de Agosto del año 2018**

### **AUTORAS**

f. \_\_\_\_\_  
**Hidalgo Coronel Mónica Alexandra**  
**CI: 0925514135**

f. \_\_\_\_\_  
**Salazar Celi Mayra Ivonne**  
**CI: 0914397237**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Hidalgo Coronel Mónica Alexandra y  
Salazar Celi Mayra Alexandra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres Gestantes en un Hospital de especialidad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 31 del mes de agosto del año 2018**

### **AUTORAS**

f. \_\_\_\_\_  
**Hidalgo Coronel Mónica Alexandra**

**CI: 0925514135**

f. \_\_\_\_\_  
**Salazar Celi Mayra Ivonne**

**CI: 0914397237**

### Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS.docx ultima opcion13y20 (1).docx (D41461832)  
**Submitted:** 9/14/2018 10:36:00 PM  
**Submitted By:** MonaKitty-55@hotmail.com  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



UNIVERSIDAD CATÓLICA SAN PABLO DE AREQUIPA  
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA  
CARRERA DE INGENIERÍA EN SISTEMAS DE COMPUTACIÓN  
2018

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres Gestantes en un Hospital de especialidad de Guayaquil.

AUTORAS: Hidalgo Coronel Mónica Alexandra Salazar Celi Mayra Ivonne

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TUTORA: Lic. Franco Poveda Kristy, Mgs

Guayaquil, Ecuador 31 de agosto del 2018

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por, Hidalgo Coronel Mónica Alexandra y Salazar Celi Mayra Ivonne como requerimiento para la obtención

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por, Hidalgo Coronel Mónica Alexandra y Salazar Celi Mayra Ivonne como requerimiento para la obtención del título de Licenciatura En Enfermería.

TUTOR (A)

f. \_\_\_\_\_ Lic. Kristy Franco Poveda, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_ Lcda. Mendoza Vines Ángela

Guayaquil, a los 31 del mes de agosto del año 2018

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras,

Hidalgo Coronel Mónica Alexandra Salazar Celi Mayra Ivonne

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres Gestantes en un Hospital de especialidad de Guayaquil  
previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 31 del mes de Agosto del año 2018

AUTORAS

f. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_ Hidalgo Coronel Mónica Alexandra  
Salazar Celi Mayra Ivonne CI: 0925514135 CI: 0914397237

FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Hidalgo Coronel Mónica Alexandra y Salazar Celi Mayra Alexandra

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación,

Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres Gestantes en un Hospital de especialidad de Guayaquil,

cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 31 del mes de agosto del año 2018

AUTORAS

f. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_

Hidalgo Coronel Mónica Alexandra Salazar Celi Mayra Ivonne CI: 0925514135 CI: 0914397237

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL FACULTAD DE MEDICINA CARRERA DE ENFERMERÍA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. \_\_\_\_\_ Lcda. Ángela Ovidia Mendoza Vines DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_ Lcda. Martha Lorena

Holguín Jiménez COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION ESPECIAL

f. \_\_\_\_\_ Lcda. Kristy Glenda Franco Poveda TUTORA

f. \_\_\_\_\_ Lcda. Martha Lorena Holguin Jimenez OPONENTE

REPORTE DE URKUND

AGRADECIMIENTO

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, que es la base principal de mis estudios que con sabiduría e inteligencia y fuerza me brindaba día a día para lograr concluir mi carrera de enfermería.

A mis padres, por ser el motor principal por brindarme su amor incondicional y sentar las bases de responsabilidad y deseos de superación, a mis hijos por estar dispuestos a acompañarme largas y agotadoras noches de estudio y entender el tiempo que no podía dedicarles. A mis hermanas(os) gracias, por sus palabras de aliento y estar pendiente de mis estudios y compartir conmigo cada escalón que lograba.

A mis compañeras y amigas con quienes compartimos momentos de alegría y tristeza y aquellas personas que durante estos cuatro años estuvieron apoyándome para lograr este sueño se haga realidad.

A la universidad Católica Santiago de Guayaquil por abrirme sus puertas a la formación de mi carrera de ser una profesional, a los docentes que cada día impartían en aquellas aulas de sus conocimientos y dedicación de su tiempo.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de tesis a mi madre y mi hermana Diana con todo mi amor y cariño. Por ser mi fuente de motivación y motor para que cada día se haga real este gran logro, por haber creído y puesto su confianza en mí, su amor incondicional tanto moral como económico.

A mi familia que Dios me ha bendecido que son un regalo muy precioso y cada una de las personas quienes me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis mil gracias.

**Mayra Salazar Celi.**



## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de esta tesis primeramente quisiera agradecer a Jehová por haberme iluminado con su sabiduría y ayudado en este sueño que se hizo realidad.

Me gustaría agradecer a mi esposo quien con su apoyo y consejos me ayudo a no rendirme y seguir y terminar con la carrera y a mis hijos mis motores de impulso por los no me deje rendirme.

También a los docentes que me con sus conocimientos y virtudes me han formado una profesional de bien.

Son muchas las personas que quiero agradecer a los licenciados en el hospital por darme ese conocimiento práctico y por darme consejos y apoyo muchas gracias y a mis compañeros que de alguna u otra forma estuvieron en estos 9 ciclos.

## **DEDICATORIA**

Dedico este presente trabajo de titulación a Jehová principalmente por haberme dado la salud la vida para terminar esta tesis y sobre todo las fuerzas y el conocimiento a mi esposo eh hijos pilares fundamentales por las cuales me esforcé y luche día y noche por ver reflejado este sueño que ahora es realidad.

También a mi madre que gracia a su ayuda estoy terminando la carrera muchas gracias.

**Mónica Hidalgo Coronel**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Lcda. Ángela Ovilda Mendoza Vincés, Mgs.**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Lcda. Martha Lorena Holguín Jiménez, Mgs.**  
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION ESPECIAL

f. \_\_\_\_\_

**Lcda. Kristy Glenda Franco Poveda, Mgs.**  
TUTORA

f. \_\_\_\_\_

**Lcda. Martha Lorena Holguín Jiménez, Mgs.**  
OPONENTE

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	VII
DEDICATORIA .....	VIII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	IX
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I .....	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	5
1. ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en óbito fetal mujeres gestantes que asisten al área del centro obstétrico en el hospital universitario? .....	5
1.3 OBJETIVOS.....	6
1.3.1 OBJETIVO GENERAL .....	6
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	7
CAPITULO II.....	8
2.1 MARCO REFERENCIAL .....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL .....	14
2.2.1 EMBARAZO.....	14
2.2.2 CAMBIOS FÍSICOS .....	14
Cambios a nivel digestivo.....	14
Cambios en el corazón y el aparato circulatorio.....	15

Cambios del aparato respiratorio .....	15
Cambios en el sistema urinario .....	15
Cambios en los pechos .....	15
Cambios de la vagina .....	15
Cambios en el sistema muscular, ligamentos y huesos .....	15
Cambios psicológicos y emocionales .....	15
2.2.3 MUERTE FETAL INTRAUTERINA .....	16
Muerte fetal desconocida .....	16
Muerte fetal tardía .....	16
Muerte perinatal .....	16
2.2.4 ALGUNOS FACTORES DE RIESGO DE MUERTE FETAL SON IDENTIFICABLES EN EL PRIMER TRIMESTRE, QUE INCLUYEN ....	17
Diabetes Mellitus .....	18
Fumar Drogas Ilícitas .....	18
Causas Maternas .....	18
2.2.5 ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONTINUIDAD .....	18
2.2.6 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	19
2.2.7 CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA EN EL ÓBITO FETAL.....	20
2.2.8 ROL DE ENFERMERIA ASISTENCIAL.....	21
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	21
CAPÍTULO III .....	24
1.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
DISCUSIÓN .....	48

CONCLUSIONES .....	50
RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N <sup>o</sup> 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	27
Gráfico N <sup>o</sup> 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ETNIA EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	28
Gráfico N <sup>o</sup> 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL EDUCATIVO EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	29
Gráfico N <sup>o</sup> 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	30
Gráfico N <sup>o</sup> 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PROCEDENCIA EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	31
Gráfico N <sup>o</sup> 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL SIGNIFICADO DE ÓBITO FETAL EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	32
Gráfico N <sup>o</sup> 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CUANTOS EMBARAZOS A TENIDO LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	33
Gráfico N <sup>o</sup> 8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NUMERO DE PARTOS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	34
Gráfico N <sup>o</sup> 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERIODO INTERGENESICO EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL	35
Gráfico N <sup>o</sup> 10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VÍA DE NACIMIENTO DEL ÚLTIMO PRODUCTO EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	36
Gráfico N <sup>o</sup> 11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	37
Gráfico N <sup>o</sup> 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ANTECEDENTE PATOLÓGICO FAMILIAR EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	38

Gráfico N <sup>o</sup> 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	39
Gráfico N <sup>o</sup> 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NUMERO DE CONTROLES EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	40
Gráfico N <sup>o</sup> 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS TIPOS DE MEDICAMENTOS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL	41
Gráfico N <sup>o</sup> 16 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ATENCIÓN OPORTUNA EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	42
Gráfico N <sup>o</sup> 17 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EN EL CONTROL DE SIGNOS VITALES EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL.....	43
Gráfico N <sup>o</sup> 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONTROL DE GLICEMIA EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	44
Gráfico N <sup>o</sup> 19 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	45
Gráfico N <sup>o</sup> 20 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL KARDEX DE FÁRMACOS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	46
Gráfico N <sup>o</sup> 21 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INFORMAR DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL .....	47

## RESUMEN

El estudio se trata sobre cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes. **Objetivo:** Identificar los cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes. **Diseño metodológico:** **Población:** 52 mujeres tratadas por óbito fetal. Estudio descriptivo, prospectivo, transversal. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Matriz de observación. **Resultados:** edad: 24-28 años 34%; 75% etnia mestiza; nivel de instrucción secundaria 60%; estado civil: unión libre 35%; 60% residen en el área rural; desconocimiento de óbito fetal 100%; 50% de mujeres registran de 2-3 embarazos; 50% con paridad de 2-3; tiempo de lapso entre un embarazo y otro de 12 meses 40%; mujeres cesareadas 50%; el 60% presentaron anemia. Antecedentes de HTA familiar 45% y de Diabetes 55%; falta de planificación familiar (90%); déficit de control pre natal en un 50%; medicamentos consumidos: antipiréticos 30%, antibióticos 30%; 20% en consumo de vitaminas y minerales; 100% atención oportuna de enfermería; 100% control de signos vitales; control de glicemia 100%; medición antropométrica 100%; administración de fármacos 100%; déficit de información sobre signos y síntomas en un 67%. **Conclusión:** El rol asistencial de enfermería se cumple parcialmente, en cuanto al rol educador no se cumple.

**Palabras Clave:** *cuidados de enfermería, mujeres gestantes y óbito fetal.*



## ABSTRACT

The study is about nursing care in fetal death in pregnant women. Objective: To identify the nursing care in the fetal death in pregnant women. Methodological design: Population: 52 women treated for fetal death. Descriptive, prospective, cross-sectional study. Technique: Indirect observation Instrument: Observation matrix. Results: age: 24-28 years 34%; 75% mestizo ethnicity; secondary education level 60%; marital status: 35% free union; 60% reside in the rural area; ignorance of 100% fetal death; 50% of women register 2-3 pregnancies; 50% with parity of 2-3; lapse time between one pregnancy and another 12 months 40%; women 50% cesarean; 60% had anemia. Antecedents of family HT 45% and Diabetes 55%; lack of family planning (90%); prenatal control deficit by 50%; medicines consumed: antipyretics 30%, antibiotics 30%; 20% in vitamin and mineral consumption, 100% timely nursing care; 100% vital signs control; 100% glycemia control; 100% anthropometric measurement; 100% drug administration; deficit of information on signs and symptoms by 67%. Conclusion: The nursing care role is partially fulfilled, as far as the educational role is not fulfilled.

**Key word:** nursing care, pregnant women and fetal death

## INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería en mujeres gestantes con diagnóstico de óbito fetal en un hospital de especialidad tiene como propósito dar a conocer a las mujeres en estado de gestación diagnosticadas con óbito fetal sobre los cuidados necesarios e identificar los factores asociados y los cuidados de los profesionales de enfermería dirigido a mujeres en estado de gestación que presenten esta anomalía, por lo cual según el American College of Obstetrician and Gynecologists la define como la pérdida de una gestación in útero de 20 semanas de gestación y mayor a 500g. Constituye, en general, un tercio de toda la mortalidad fetal e infantil y más del 50% de todas las muertes perinatales en los países desarrollados. Se estima que por cada 1.000 nacimientos se presentan 5,3 (rango, 4,2 a 6,8) muertes fetales en los países desarrollados y 25,5 (rango, 20 a 32) en los países en desarrollo. Existen tres tipos de muerte fetal, las que se clasifican según el tiempo en el que ocurra. Muerte fetal temprana: Se produce antes de cumplirse 20 semanas de gestación. Muerte fetal intermedia: Se presenta entre las semanas 20 y 27. Muerte fetal tardía: Sucede a partir de la semana 28 de gestación. Cabe señalar que los grupos de padres prefieren el término muerte fetal a los otros términos. La capacidad de llamar muerte fetal a una muerte fetal es importante para los padres, en parte porque los certificados de nacimiento y muerte no se generan después de un aborto espontáneo. Además, los padres informan que reciben menos apoyo para la aflicción después de un aborto espontáneo que después de un nacimiento muerto y menos reconocimiento de la muerte de su hijo.(1)

La investigación realizada se trata de los Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres Gestantes en el Hospital Universitario de Guayaquil, área del centro obstétrico, este trabajo tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de acuerdo al análisis de los datos prospectivo, los datos fueron recolectados mediante una ficha de observación indirecta.

Su finalidad identificar los cuidados de enfermería en óbito fetal en mujeres gestantes que asisten al área del centro obstétrico en el hospital Universitario, el cual beneficiará a la institución y a la población estudiada.

Para la mejor comprensión del estudio se lo clasificara en varios capítulos:

**CAPÍTULO I:** planteamiento del problema, preguntas de investigación, justificación; objetivos.

**CAPÍTULO II:** Fundamentación conceptual; Marco Referencial, y Marco conceptual, Fundamentación legal.

**CAPÍTULO III:** Diseño de la investigación; variables generales y operacionalización, presentación de análisis de resultados, Discusión, Conclusiones, Recomendaciones, referencias bibliográficas; bibliografía y anexos.

# CAPÍTULO I

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la sociedad se encuentra inmersa en distintos problemas de salud, uno que tiene mucha importancia es el óbito fetal, aunque muchos de estos no son registrados ni reflejados en las políticas sanitarias a nivel mundial, debido a que existen pocos datos estadísticos sobre esta patología. Es necesario tener claro que los datos epidemiológicos que un estudio puede brindar ayudarían a ver con más claridad el panorama sobre que causa que puede conllevar a dicha patología.(2)

El presente trabajo de investigación pertenece a la línea de investigación salud y bienestar humano, sub-línea Salud materno infantil; será realizado mediante un estudio descriptivo, prospectivo, durante el noveno semestre del año en curso, con una población de estudio de 52 mujeres que fueron diagnosticadas con óbito fetal.

En el Hospital de especialidades Guayaquil, se pudo evidenciar situaciones de impacto psicológico y emocional como es la situación del óbito fetal, donde el profesional de enfermería juega un papel muy importante, en el proceso de hospitalización, rehabilitación y adaptación a un nuevo cambio por parte de las mujeres en estado de gestación, en la actualidad se puede afirmar que estas intervenciones son casi nulas por parte del equipo de enfermeras profesionales, puesto que la sobrecarga en trabajo, la falta de tiempo y número de pacientes en un piso imposibilita esta interacción enfermera-paciente; el cuidado que brinda el profesional de enfermería debe ser integral aunque, no siempre es así, la mayor parte del tiempo el profesional se limita netamente a la parte física y se olvida la parte psicológica; es la enfermera el primer contacto que tienen este tipo de pacientes para expresar sus sentimientos, aquí es fundamental un cuidado que proporcione a la paciente apoyo, tranquilidad, confianza a través del dialogo, buscar espacios así sean cortos donde se promueva el cuidado emocional.(3)

Entre las consecuencias para que se presente un Óbito fetal están; antecedentes maternos, tales como: diabetes, enfermedades

cardiovasculares, enfermedades renales, SIDA, anemia, entre otras; y antecedentes gineco-obstétricos, tales como: Pre-eclampsia, eclampsia, placenta previa, desprendimiento placentario, amenaza de parto pre-término, infecciones de vías urinarias, toxoplasmosis, entre otras.

## **1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

1. ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en óbito fetal mujeres gestantes que asisten al área del centro obstétrico en el hospital universitario?
2. ¿Qué características tienen las mujeres gestantes en el óbito fetal que asisten al área del centro quirúrgico en el hospital Universitario?
3. ¿Cuál es el rol asistencial de enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes que asisten al área del centro obstétrico en el hospital universitario?
4. ¿Cuál es el rol educador de enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes que asisten al área del centro obstétrico en el hospital universitario?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Describir los cuidados de enfermería en óbito fetal en mujeres gestantes que asisten al área del centro obstétrico en el hospital Universitario.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a las mujeres gestantes en óbito fetal que asisten al área del centro obstétrico en el hospital Universitario.
- Indicar el rol asistencial de enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes que asisten al área del centro obstétrico en el hospital universitario
- Mencionar el rol educador de enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes que asisten al área del centro obstétrico en el hospital universitario

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realizará a las mujeres atendidas, que estuvieron hospitalizadas con diagnóstico de óbito fetal desde mayo del 2018 a agosto del 2018. Cabe recalcar que el óbito fetal intrauterino no puede continuar invisible por lo que se debe investigar las causas y las soluciones posibles establecerlos como el principal enfoque hacia los que se debe dirigir para la prevención del óbito fetal.

Tomado en cuenta esta investigación a fin de determinar las causas más frecuentes por los factores que desencadenan esta complicación materna y en base a los casos de óbito fetal en el Hospital de especialidades en Guayaquil, ya que por la falta de conocimiento de la población la concientización de la importancia de mantener los cuidados necesarios durante el proceso del embarazo y a la vez se tomará medidas preventivas para que no vuelva a pasar, la intervención del personal de salud ayudara disminuir las estadísticas y se verá reflejado en una atención de calidad con resultados positivos a la madre, el niño y la familia ya que se evitará una muerte y se dará la alegría de tener un bebé sano, completo y a término.

Esta investigación se realiza para identificar los cuidados y factores que provocan el óbito fetal ya que en el Hospital de especialidades si mantienen se lleva estadísticas, pero no se ha implementado ningún tipo de estrategias para lograr identificar los factores del mismo y a la vez prevenir el incremento de la tasa de óbitos fetales en este establecimiento de salud.

En este caso la población beneficiaria será las mujeres atendidas en el presente año lo cual permitirá lograr disminuir el índice de estos casos, en este establecimiento de salud. A la vez que permitirá a la Universidad dar a conocer datos reales permitiendo el engrandecimiento de nuestra casa de estudio, así como también me permitirá crecer como profesional ético, humanístico con conocimientos teórico – prácticos adecuados en cuanto al cuidado directo del binomio materno infantil, se han atendido 30 pacientes jóvenes con óbito fetal.

## CAPITULO II

### 2.1 MARCO REFERENCIAL

#### CARACTERIZACIÓN DE ÓBITO FETAL TARDÍO EN UNA CLÍNICA MATERNIDAD ENTRE LOS AÑOS 2012 A 2013.

El óbito fetal tardío (OFT) revela una serie de connotaciones de salud pública que lo hacen indispensable estudiar, aun cuando no hace parte de los objetivos del milenio. El amplio sub registro, la gran variedad de clasificaciones, la dificultad en la unificación de conceptos ha hecho que su búsqueda sea algo inespecífica y los estudios sobre sus causas arrojan datos la mayoría de veces muy variables.

**Resultados:** se encontró con mayor frecuencia, edad materna de 15-20 años (34,3%). Estado civil, unión libre (86.1%), zona de residencia urbana (58.3%), escolaridad secundaria completa (42.6%), ocupación ama de casa (89.8%) y raza mestiza (75.9%). 43,5% de las pacientes reportaban entre 2-3 embarazos previos, sin antecedente de óbito (55,6%), ni Restricción de Crecimiento Intrauterino previo (RCIU) (58,3%), ni partos pre términos (50,9%). Periodo Intergenésico entre 12-24 meses (39,8%), número de controles prenatales entre 1-4 (44,4%). 11 67,6% tenían entre 28- 36,6 semanas de gestación, 95,4% momento de ocurrencia de la muerte fue ante parto, sexo del feto masculino (52,8%), peso materno el 33,3% normal, solo 12% obesas. El índice ponderal de los fetos 50% en el percentil <10 y la hemoglobina materna 50,9% sin anemia. De patologías maternas las infecciones genitourinarias (20,3%) y los trastornos hipertensivos (16,25%) fueron las más frecuentes. De las pacientes que reportaron patologías, 14 (29,7%) presentaban 2 o más. Al analizar las causas de OFT se encontraron en mayor frecuencia la causa materna 51,4%, causa placentaria en 35,2%, causa inexplicada en 7,5% y causas fetales en un 5,7%.

**Conclusiones:** Las características de la población analizada, con OFT mostraron con respecto a factores de riesgo y causas de muerte, algunos datos que difieren de los reportes de literatura para países subdesarrollados.



La necropsia es un elemento crucial que ayuda a encontrar la causa de muerte en la mayoría de los casos.(4)

## **Resultados gestacionales y trombofilias en mujeres con antecedentes de muerte fetal de repetición**

Este estudio tiene como objetivo describir los resultados obstétricos de trombofilia y la frecuencia en mujeres con muerte fetal después de 20 repeticiones de la semana de embarazo. Aplicando el siguiente método de evaluación de los resultados obstétricos en una serie de casos de mujeres embarazadas con la muerte fetal después de 20 repeticiones de la semana de gestación, acompañó 2001 a 2013. La actividad antitrombina, proteína C y S, la presencia del factor V Leiden, la presencia de la mutación del gen de protrombina y la presencia de síndrome antifosfolípido fueron evaluadas en esas pacientes. Obteniendo los siguientes resultados Se incluyeron 20 pacientes que tenían una muerte fetal de repetición. Las Trombofilias fueron encontradas en 11 de ellas, siendo 7 diagnosticadas como síndrome antifosfolípido, 3 como deficiencia de proteína S y 1 como mutación del gen de la protrombina. Todas fueron tratadas con heparina subcutánea (heparina no fraccionada o enoxaparina) y 14 de ellas con ácido acetilsalicílico (AAS) durante toda la gestación. Las complicaciones obstétricas ocurrieron en 15 pacientes e incluyeron: restricción de crecimiento fetal intrauterino (25%), placenta previa (15%), índice de líquido amniótico disminuido (25%), preeclampsia grave (10%), sufrimiento fetal (5% ) y muerte fetal (5%). conclusiones :La investigación trombofilia se debe realizar en todas las mujeres embarazadas con muertes fetales después de repetir 20 la semana de embarazo, con el fin de identificar posibles factores hace susceptibles de tratamiento.

## **PERSPECTIVAS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO: REVISIÓN INTEGRADORA**

Revisión integrativa que analizó las perspectivas del cuidado de enfermería a la mujer que experimenta embarazo de alto riesgo a partir de las producciones científicas internacionales y nacionales, cara a la contribución del cumplimiento del quinto objetivo para el desarrollo del milenio. Búsqueda en las bases Cinahl/Medline/Lilacs/BDENF. Veinticuatro estudios permitieron la emergencia de las categorías: Cuidados de enfermería en la perspectiva de la subjetividad de la mujer que experimenta un embarazo de alto riesgo; Cuidado de las mujeres que experimentan un embarazo de alto riesgo en la perspectiva de la sistematización de la asistencia de enfermería. Si por un lado las investigaciones internacionales y nacionales consideran relevantes las percepciones y sentimientos de las embarazadas de riesgo, por otro, centraron el cuidado en aspectos fisiológicos, sustentándose en el paradigma intervencionista. Estas posiciones científicas, aunque convergentes, anuncian posibilidad de desarrollar metodologías de cuidado de enfermería que reúnan dimensiones multifacéticas, contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad materna. (5)

## **MUERTE FETAL U ÓBITO FETAL: CUIDADO MATERNO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDAD JUNIO DEL 2018**

La muerte fetal u óbito fetal es uno de los eventos más estresantes de la vida. En este tema se analizará la atención materna después de una muerte fetal u óbito fetal incluido el apoyo y el asesoramiento de los padres, el parto y los problemas posparto.

La mayoría ocurre antes de que comience el parto, pero algunos pueden ocurrir durante el parto. La mayoría de los padres con un bebé muerto no están preparados cuando se les dice que el feto ha muerto. La anticipación de la familia de un nacimiento feliz se ve suplantada por la tristeza, la desesperación, la confusión y la pérdida, incluida la pérdida de un hijo deseado, la pérdida de la autoestima como padre y la pérdida de confianza en la capacidad de tener un hijo sano.(6)

## **Las secuelas psicológicas**

- Depresión.
- Trastorno de estrés postraumático
- Ansiedad

## **Que pueden afectar adversamente un embarazo posterior.**

**Ante parto:** En los fetos muertos antes del parto, el diagnóstico de muerte fetal a menudo se basa inicialmente en la ausencia de un latido del corazón fetal por auscultación, a menudo seguido de un examen de ultrasonido que documenta la ausencia de actividad cardíaca fetal. Una vez que la muerte fetal ha sido confirmada por ecografía (el corazón del feto se visualiza sin ninguna actividad) de la madre / pareja debe ser informado en persona, sin demora, de una manera empática y directo, en un entorno donde ella / ellos pueden reaccionar de forma privada.

**Intraparto:** Un nacimiento intrauterino puede definirse como una muerte fetal después del inicio del trabajo de parto y antes del parto, pero las definiciones varían. La etiología de la muerte fetal intraparto a menudo es diferente de la que ocurre antes del parto y a menudo requiere un enfoque diferente para aconsejar a la madre y evaluar su causa.(5)

**Momento de entrega del Bebe:** A menudo lleva tiempo aceptar por completo la muerte de un bebé y no es necesario que la madre o los padres tomen decisiones sobre el parto durante un período caótico, en ausencia de problemas médicos maternos graves (p. Ej., Coagulopatía diseminada). Preeclampsia severa, infección). Cuando la madre / los padres han aceptado el diagnóstico y están listos para analizarlo más a fondo, puede tener lugar una discusión sobre el momento y el procedimiento para el parto.(7)

La preeclampsia es una de las complicaciones más graves del embarazo, con un riesgo alto de muerte para madre y bebé", dijo el autor principal del estudio, el Dr. Kypros Nicolaides, profesor de medicina fetal en el Colegio del Rey de Londres.

## **¿UNA ASPIRINA AL DÍA PUEDE EVITAR UNA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO?**

El nuevo estudio observó una dosis de aspirina de 150 miligramos (mg) al día, porque algunos estudios anteriores con una dosis diaria más baja de aspirina han producido resultados contradictorios, según Nicolaides. La aspirina para niños es de 81 miligramos.

En esos estudios que usaron una dosis más baja, la reducción en el riesgo de preeclampsia fue de más o menos un 10 por ciento, dijo, pero la dosis más alta en este último estudio se vinculó con una reducción de un 62 por ciento en el riesgo.

La preeclampsia es un trastorno grave de presión arterial alta. Puede afectar a todos los órganos del cuerpo de una mujer, según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG). La causa exacta del trastorno se desconoce, pero ciertos factores de riesgo aumentan las probabilidades de que ocurra, entre ellos:

- Los antecedentes de preeclampsia.
- Estar embarazada de más de un bebé.
- Tener una hipertensión de larga duración.
- Sufrir de afecciones crónicas, como la diabetes tipo 1 o 2, una enfermedad autoinmune y problemas en los riñones.

El Dr. Mitchell Kramer, presidente del departamento de obstetricia y ginecología en el Hospital de Huntington Hospital en Nueva York, dijo que añadiría a las mujeres gravemente obesas y a las mujeres que han tenido bebés que tuvieron un crecimiento restringido a la lista de mujeres con un riesgo alto de preeclampsia.

El ACOG ya recomienda que las mujeres que tienen un riesgo alto de preeclampsia tomen una aspirina para niños de dosis baja a partir de entre la semana 12 y la 28 del embarazo.

Unas 1,600 mujeres completaron el estudio doble ciego controlado con placebo. Poco menos de 800 se asignó al azar al grupo de aspirina diaria,

mientras que poco más de 800 se asignó en el grupo del placebo. Las mujeres provenían de 13 hospitales de maternidad distintos de Europa e Israel.

En lugar de depender exclusivamente de los factores de riesgo estándar, los investigadores combinaron esos factores de riesgo con medidas del flujo sanguíneo materno, la presión arterial y dos hormonas producidas por la placenta. Usaron un algoritmo que diseñaron para combinar todos esos factores para seleccionar a las mujeres que pensaban que tenían un riesgo alto de preeclampsia.

Entre las semanas 11 y la 14, las mujeres comenzaron a tomar una aspirina diaria de 150 mg o un placebo. Siguieron tomando las pastillas hasta la semana 36 del embarazo, o antes si dieron a luz al bebé de forma prematura.

Apenas 13 mujeres del grupo de la aspirina desarrollaron preeclampsia, mientras que 35 mujeres del grupo del placebo desarrollaron la complicación, mostraron los hallazgos.

La reducción en el riesgo fue incluso mayor en los partos prematuros. Las mujeres que dieron a luz antes de las 34 semanas tenían un 82 por ciento menos de probabilidades de sufrir de preeclampsia si tomaban los 150 mg de aspirina, dijo Nicolaides.

Las madres embarazadas no tuvieron efectos secundarios graves, ni los bebés sufrieron efectos adversos relacionados con el uso de la aspirina durante el embarazo, anotaron los investigadores.

Pero, igual que con todos los fármacos, las mujeres deben hablar con el médico sobre el uso de la aspirina en el embarazo antes de adoptar este régimen, porque la aspirina sí aumenta el riesgo de sangrado.

Nicolaides dijo que la aspirina podría ayudar a mejorar el flujo sanguíneo de la madre a la placenta.

Según Kramer, "este estudio aleatorio concluye que el uso [de aspirina] no solo es efectivo para reducir la incidencia de la preeclampsia a término completo, sino también en la prematuridad. Esto es importante porque reducirá la necesidad de parto prematuro, que es riesgoso para el bebé".

La aspirina de dosis baja también puede ayudar a reducir las probabilidades de eclampsia, que son convulsiones debidas a la preeclampsia en las mujeres de alto riesgo, anotó Kramer.

El estudio se presentó el miércoles en la reunión de la Fetal Medicine Foundation, en Eslovenia. Los hallazgos también se publicaron de forma simultánea en una edición especial en línea de la revista New England Journal of Medicine.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1 EMBARAZO**

El embarazo es un proceso complejo que involucran aspectos biológicos, sociales y psicológicos estrechamente interrelacionados, que conllevan a cambios y adaptaciones importantes influenciadas en gran medida por hormonas y otros se originan por factores relacionados con el crecimiento del feto dentro del útero. Este proceso de cambios en la mujer, involucra a la pareja y la familia, que a su vez inician transformaciones psicológicas y sociales, favoreciendo una madurez en aquellas personas que se encuentran involucrados en el acontecimiento de esta nueva etapa. Las modificaciones que se presentan en la gestante son parte del desarrollo y del crecimiento como persona, como mujer, compañera y esposa.(8)

### **2.2.2 CAMBIOS FÍSICOS**

**Cambios a nivel digestivo** Se presenta la disminución en la producción de las hormonas tales como: progesterona y estrógenos, permitiendo de esta forma que haya una contracción de los músculos del cuerpo, conduciendo a que el aparato digestivo recupere su proceso habitual, ya que el peso generado por el aumento del útero ha disminuido lo que lleva a mejorar el patrón de eliminación, ya que tanto el intestino delgado como grueso inician sus funciones normales.(9)

**Cambios en el corazón y el aparato circulatorio** El corazón vuelve a su tamaño normal ya que se disminuye la elevación del diafragma por la terminación del embarazo, al igual que los soplos sistólicos, por igual motivo, se normaliza la presión arterial, disminuyen los mareos, la presión venosa disminuyen en los miembros inferiores.

**Cambios del aparato respiratorio** La capacidad pulmonar disminuye ya que la estimulación de la hormona progesterona deja su funcionamiento.

**Cambios en el sistema urinario** Los efectos de la progesterona dejan de actuar, por lo cual la contracción de los músculos de los uréteres se hace evidentes, mejorando el aumento del flujo de la orina y disminuyendo la presencia de las infecciones urinarias. Cambios en el útero: El útero inicia su proceso de involución uterina, disminuyendo de tamaño, con el paso de los días hasta regresar a su forma y tamaño habitual.

**Cambios en los pechos** La mujer inicia la producción de la leche, por medio del calostro, pero al no haber succión por parte del bebé que ha muerto, se debe recurrir a tratamientos biomédicos que permitan dar cese a la producción del calostro, luego de pasar por dicha etapa se observa la disminución en tamaño de los senos. La pigmentación de la areola va disminuyendo con el paso de los días.

**Cambios de la vagina** Se inicia la despigmentación de los labios de la vagina, al igual recupera su PH habitual, disminuyendo de esta forma los riesgos de las infecciones bacterianas.

**Cambios en el sistema muscular, ligamentos y huesos** Los ligamentos que han sostenido el embarazo recuperan su tamaño, los dolores musculares disminuyen casi por completo ya que no se ejerce presión en el útero que pueda comprimir la vejiga logrando que la mujer recupere su hábito normal en la diuresis.

**Cambios psicológicos y emocionales** También se puede esperar que una de las reacciones que causa más impacto sea el negativismo no solo en la

parte emocional sino en la parte física, ya que para algunas mujeres cuando no se es planeado cambia parcial o radicalmente su proyecto de vida<sup>22</sup> de ahí inicia a su vez el proceso anatómico externo que modifica la contextura habitual de la mujer preparándola para el crecimiento.

### **2.2.3 MUERTE FETAL INTRAUTERINA**

Resulta necesario partir de la definición de muerte fetal intrauterina considerándose esta “como la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática. Para la OMS se define como “la muerte previa a la expulsión o extracción del producto la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o un peso superior a 1000 gramos. La muerte fetal intrauterina es una de las situaciones más difíciles de enfrentar en la práctica obstétrica diaria. Esta condición es bien caracterizada como un duelo. Especial énfasis debe ser otorgado al apoyo psicológico brindado especialmente a la madre.(10)

**Muerte fetal desconocida** Aquella que ocurre en cualquier momento de la gestación y de imposible clasificación por edad gestacional.

**Muerte fetal tardía** Según la OMS la define como la muerte previa a la expulsión o extracción del producto de la concepción a partir de las 28 semanas de gestación o un peso superior a 1000 gramos.(11)

**Muerte perinatal** Se considera todas las muertes ocurridas entre la vigesimosexta semana de gestación y el séptimo día de nacimiento. Agrupa la muerte fetal tardía y neonatal temprana; es decir, aquella que ocurrió entre la vigesimosexta semana de gestación hasta el séptimo día postparto.(12)



**Muerte fetal temprana** Aquella que ocurre entre la vigésima y vigesimoséptima semanas de gestación.

Muerte neo natal temprana **La que ocurre dentro de los primeros siete días después del nacimiento.**

**Muerte óbito fetal no explicada** Una muerte fetal no explicada es una muerte fetal que no puede ser atribuida a un identificable fetal, placenta, maternal, o etiología obstétrica debido a la falta de información suficiente o porque la causa no se puede determinar en el nivel actual de la capacidad de diagnóstico. Los nacimientos de fetos muertos que ocurren cerca del término tienen más probabilidades de ser inexplicables que los nacimientos de bebés muertos antes de la gestación. Dos tercios de las muertes fetales inexplicables ocurrieron después de las 35 semanas de gestación en una serie (13)

#### **2.2.4 ALGUNOS FACTORES DE RIESGO DE MUERTE FETAL SON IDENTIFICABLES EN EL PRIMER TRIMESTRE, QUE INCLUYEN**

- Trastornos médicos maternos
- Nuliparidad
- Fumar cigarrillos
- Obesidad
- Edad materna avanzada
- raza negra
- Muerte fetal previa
- pequeño anterior para la edad gestacional recién nacido o abruption
- Problemas sociales (solteros, antecedentes de violencia de pareja).
- Uso recreativo de drogas

Se han evaluado una variedad de factores de riesgo en un intento de crear modelos que estiman el riesgo específico del paciente para la pérdida fetal, pero ninguno funciona lo suficientemente bien como para ser clínicamente útil. Una razón es que las mujeres con factores de riesgo no representan la mayoría de los nacidos muertos.(14)

**Diabetes Mellitus** Las mujeres con diabetes corren un mayor riesgo de muerte fetal, especialmente a término o cerca del término. Como ejemplo, un análisis multiestatal de los Estados Unidos informó que el término tasa de mortinatos en mujeres con diabetes fue de 300 / 100,000 nacimientos, que fue más del doble que la tasa en la población obstétrica general de 130 / 100,000 nacimientos.(15)

**Fumar Drogas Ilícitas** un meta análisis que incluyó 57 estudios encontró que cualquier tabaquismo materno activo se asoció con un mayor riesgo de óbito fetal.(16)

**Causas Maternas** embarazos prolongados, diabetes mellitus. hipertensión arterial e hipertensión inducida por el embarazo, pre-eclampsia, eclampsia, en algunas mujeres se asocia a hipotensiones severas, hemoglobinopatías, la edad de la mujer cuenta como uno de los factores con mayor predisposición para la complicación del embarazo especialmente si esta madre se encuentra con una edad precoz o avanzada, la incompatibilidad del RH, enfermedades autoinmunes como el Síndrome antifosfolípido, trombofilias hereditarias, lupus eritematoso sistémico y la ruptura prematura de membranas.(17)

## 2.2.5 ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONTINUIDAD

Una revisión sistemática de 2011 identificó las siguientes 10 intervenciones como las que tienen la mejor evidencia para reducir la carga de muerte fetal en todo el mundo.

- Periconcepcional de ácido fólico fortificación.
- Prevención de la malaria.
- Detección y tratamiento de sífilis.
- Trastornos hipertensivos de la detección y el manejo del embarazo.
- Diabetes de detección y manejo del embarazo
- Detección y gestión de la restricción del crecimiento fetal
- Identificación e inducción del embarazo postérmino (≥41 semanas de gestación).
- Partera especializada al nacer.
- Disponibilidad de cuidados obstétricos básicos de emergencia
- Disponibilidad de atención obstétrica de emergencia integral

Esta lista incluye intervenciones específicas que son efectivas para la prevención de la muerte fetal en el mundo en desarrollo, donde el riesgo de muerte fetal es alto y la disponibilidad de recursos es baja.(18)

## **2.2.6 SIGNOS Y SÍNTOMAS**

### **Síntomas**

- Ausencia de movimientos del feto
- Pérdidas de líquido amniótico de color marrón
- El útero no crece
- Desaparición de la elasticidad y firmeza de las partes fetales a la palpación
- Dolor abdominal intenso
- Sangrado vaginal(19)

### **Desde el punto de vista de impacto poblacional, éstos son:**

- Obesidad
- edad materna
- tabaquismo.

La edad materna aumenta el riesgo progresivamente a partir de los 35 años, así, comparado con una madre menor a esta edad, la paciente tendrá un riesgo de 1,5 veces mayor entre 35 y 40 años; 2 veces mayor entre 40 y 45 años; y 3 veces más alto sobre los 45 años.

### **Signos**

Signo de Spalding: Es el cabalgamiento de los huesos de la bóveda craneana, por liquefacción cerebral.

Signo de Spangler: Es el aplanamiento de la bóveda craneana.

Signo de horner: Es la asimetría craneal

Signo de Robert: Es la presencia de gas en el feto, grandes vasos y vísceras.

Signo de Hartley: Es el apelonamiento fetal, por la pérdida total de la conformación raquídea normal.

Signo de brakeman: Caída del maxilar inferior o signo de la boca abierta

Signo de tager: Dado por el colapso completo de la columna vertebral  
Curvatura de la columna vertebral por maceración de los ligamentos espinales.

Signo de Damel: Es el halo pericraneal translúcido.

De los factores de riesgo modificables los de mayor importancia son el uso de tabaco, que aumenta el riesgo 1,5 a 3 veces; y la obesidad que incrementa el riesgo 2 veces. La ausencia de control prenatal tiene una Razón de Oportunidad (OR) de 3,3. El uso de drogas ilícitas, de 1,9. El bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educacional tienen OR de 1,2 y 1,7 respectivamente. Otros factores de riesgo importantes son patologías crónicas maternas como la hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia renal, patología tiroidea, enfermedades de la mesénquima y reumatológicas

### **2.2.7 CUIDADOS DE LA ENFERMERÍA EN EL ÓBITO FETAL**

Se define como el tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones incluyen tanto cuidados directos como indirectos; tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería.

Para el siguiente trabajo se define como todos aquellos cuidados orientados las mujeres Gestantes con presencia de Óbito fetal en los hospitales de especialidades de Guayaquil.

Es importante permanecer con la mujer después de entregar el diagnóstico, posiblemente tomar su mano, y pasar tanto tiempo con ella como lo necesita. La profesión de enfermería se ha caracterizado por la capacidad para responder a las necesidades de cuidado que la población y el sistema de salud han ido demandando. Desde siempre el profesional de enfermería ha cuidado a las personas apoyándolas en las circunstancias en las que su salud puede verse afectada y en las cuales no pueden responder de forma autónoma o, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad de los individuos sanos.

## **2.2.8 ROL DE ENFERMERIA ASISTENCIAL**

- Conocer qué es lo mejor para el paciente.
- Responder a las necesidades del paciente.
- Ser técnicamente competente, científicamente conocedora, prácticamente responsable y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud.
- Ser competente en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente.
- Ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones.
- Reconocer que en cualquier momento una persona puede necesitar ayuda de otra. La enfermera(o) puede requerir ayuda para el mantenimiento o desarrollo de habilidades, para el autoconocimiento o la comprensión de otros.
- Potenciar la dignidad y el valor de las personas.
- Enfatizar y apoyar la contribución del paciente y la familia al cuidado y a la adaptación.(20) (21)

## **2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

Este trabajo investigativo se fundamenta en las siguientes leyes:

### **Constitución del Ecuador**

Según la Constitución de la República del Ecuador en 2015 por medio de la asamblea constituyente en su artículo 32 indica:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la

alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. (23)

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”. (24) (23)

La Constitución del Ecuador del 2008 en su artículo 42, indica:

**“Art. 42.-** El Estado garantiza el derecho a la salud, su promoción, protección, seguridad alimentaria, provisión de agua, saneamiento, promoción de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y el acceso permanente e ininterrumpido a servicios conforme a principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.

### **Ley Orgánica de Salud en el año (2012)**

La Ley Orgánica de Salud fue modificada por el Ministerio de Salud Pública en el 2012 en sus artículos indica lo siguiente:

**Art. 1.** La ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioética.  
(25)

**Art. 7.** Señala los derechos y deberes de las personas y del Estado, estipula que toda persona sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud con el derecho:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los

grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República. (25)

**Art. 10.** Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley. (25)

**Art. 20.-** Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad. (25)

**Art. 27.-** El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello. (25)

**Art. 28.-** Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local. (25)

## **CAPÍTULO III**

### **1.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

**Tipo de Estudio:**

**Nivel:** Descriptivo

**Método:** Cuantitativo

Según la naturaleza: transversal

**Diseño:**

Según el tiempo: Prospectivo

**Población:**

La población estuvo conformada por 52 mujeres diagnosticadas con óbito fetal en su proceso de embarazo en el centro obstétrico del Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil.

**Procedimiento para recolección de datos:**

**Técnica:** observación indirecta.

**Instrumento de recolección de datos**

Matriz de observación para la revisión de expedientes clínicos de las mujeres gestantes con óbito fetal.

**Técnica de Procesamiento y análisis de datos:** Se utilizó el programa Excel, Word y Quipux.



## VARIABLES: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

**Variable General.** Cuidados en Enfermería en el óbito fetal en mujeres

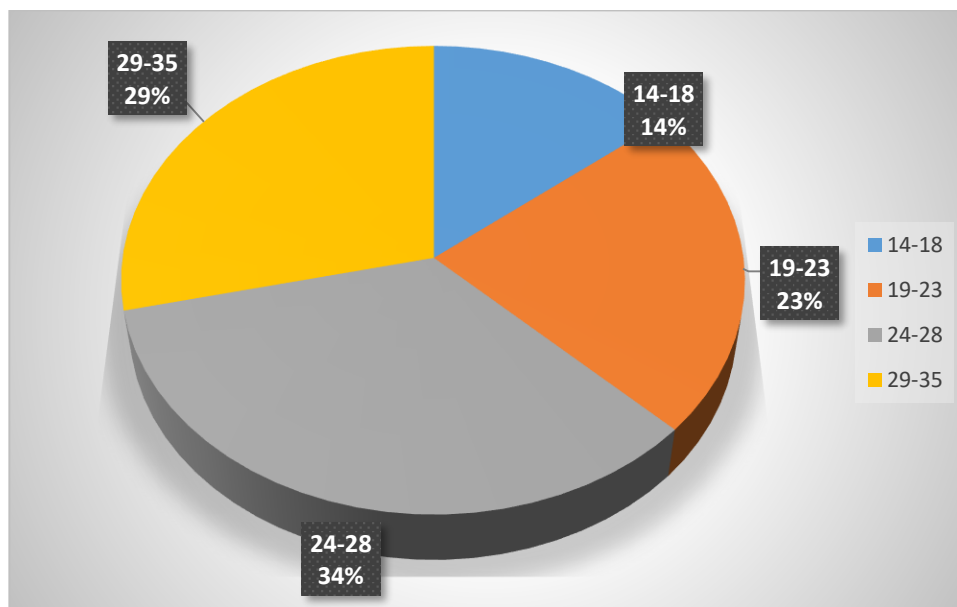
Gestantes

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS
Conjunto de actividades y procedimientos planificados para satisfacer las necesidades básicas de pacientes hospitalizados.	Característica sociodemográficas	Edad	10 – 20__
			21 – 30__
			31 – 40__
			41 – 50__
		Etnia	Blanca __
			Negra __
			Mestiza __
		Estado civil	Soltera __
			Casada __
			Divorciada __
			Unión de hecho __
			Unión libre __
		Nivel de instrucción	Primaria __
Secundaria __			
Superior __			
Ninguna __			
Lugar de residencia	zona urbana__		
	zona rural__		
	otros__		
Número de embarazo	1__ 2 __		
	3__ 4 __		
	Otros. __		
Número de partos	1__ 2 __		
	3__ 4 __		
	Otros. __		
Número de abortos	1__ 2 __		
	3__ 4 __		
	Otros. __		
Periodo intergenésico	1 - 12 meses__		
	24 – 48 meses__		
	2 – 3 años__		
Vía de nacimiento del último producto(feto)	Parto natural__		
	Parto vaginal instrumental__		
	Parto abdominal o cesárea__		
	Diabetes		
	IVU		
Anemia			
Hormonales			

		Antecedentes patológicos familiares	Hipertensión
			Diabetes
		Planificación familiar	Si ___
			No ___
		embarazo planificado	Si ___
			No ___
		número de controles	1 a 2
			3 a 4
			5 o mas
		medicamentos tipos de medicamentos	Antipiréticos
		Antibióticos	
		Antihipertensivos	
		Vitaminas y mineral	
	Rol asistencial	atención oportuna	Si ___
			No ___
		controles prenales (citas)	Si ___
			No ___
		control de signos vitales	Si ___
			No ___
		control de glicemia	Si ___
	No ___		
medidas antropométricas	Si ___		
	No ___		
kardex de fármacos ambulatorios	Si ___		
	No ___		
Rol de educador	informar sobre signos y síntomas de alarma	Si ___	
		No ___	

## Gráfico N° 1

### EDAD EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL



Fuente: base de datos del estudio

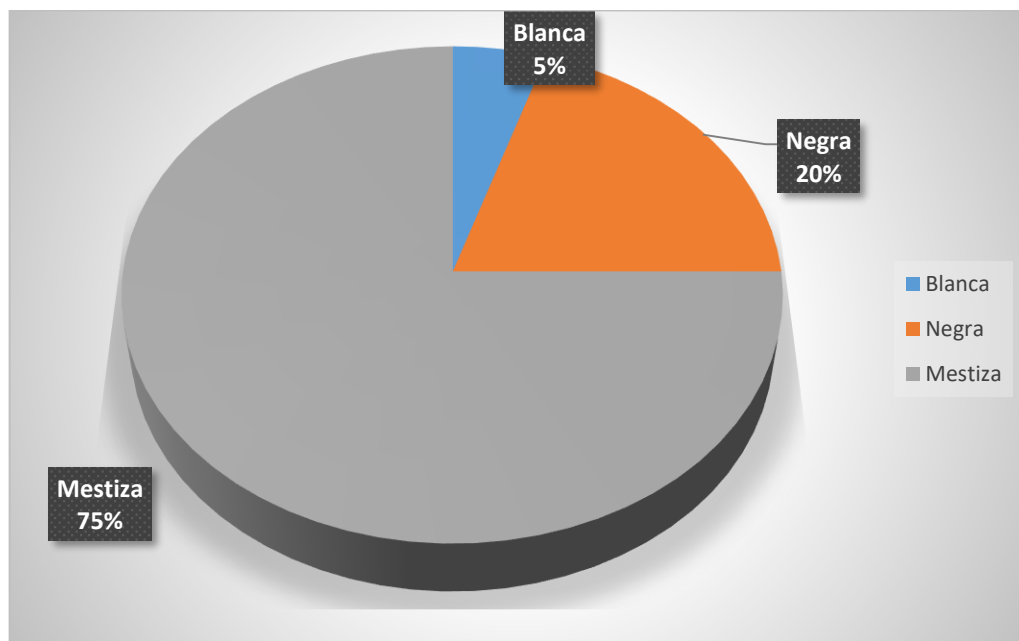
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

## ANÁLISIS

En el gráfico podemos observar que la edad más frecuente de óbitos fetales esta 24-28 años por el ámbito social de esta población o a su vez han sido madres por segunda vez. Y con un bajo porcentaje las mujeres que tienen 14-18 años están reduciendo debido a los programas de sexualidad que se están impartiendo por parte del MSP.

## Gráfico N° 2

### ETNIA EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL



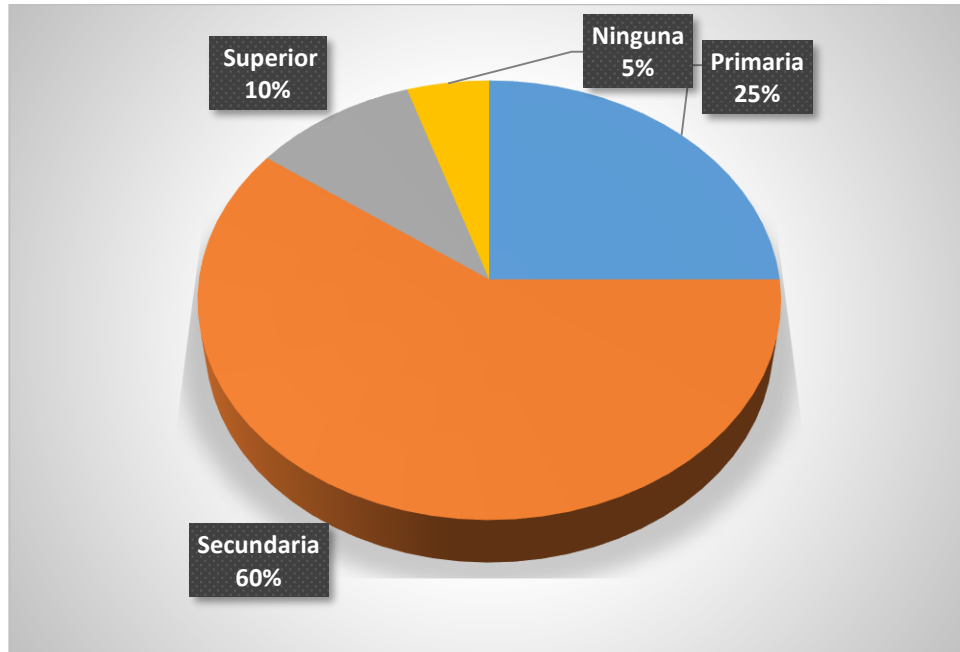
Fuente: base de datos del estudio

Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

## ANÁLISIS

En este gráfico observamos que el 75% se dice que es mestiza porque somos un país pluricultural. Porque es la raza que prevalece debido a que en el hospital donde se realizó el estudio ingresan pacientes de diferentes, tradiciones, etnias, o grupos poblacionales.

**Gráfico N° 3**  
**NIVEL EDUCATIVO EN LAS MUJERES GESTANTES CON**  
**ÓBITO FETAL**



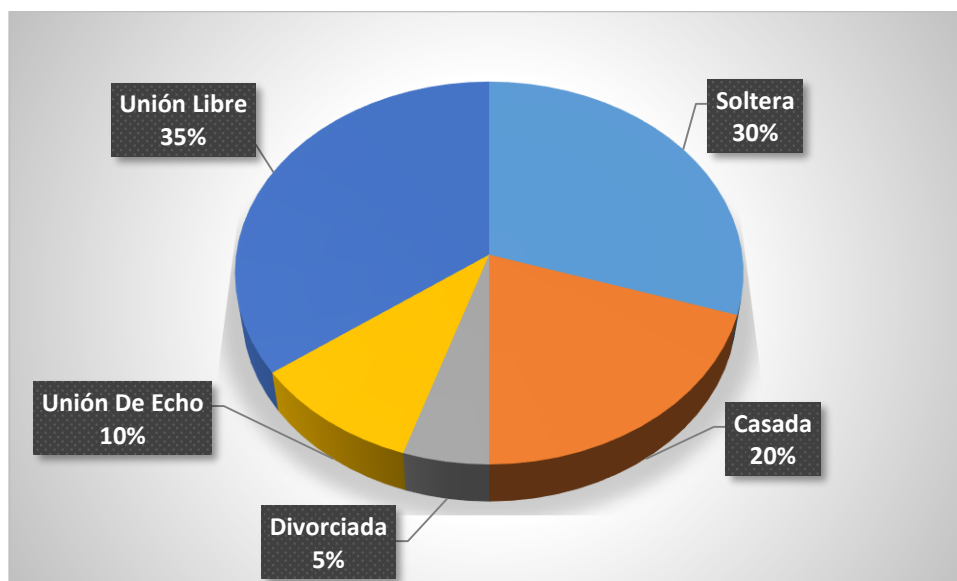
Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### **ANÁLISIS**

En el gráfico observamos que hay predominio con un 60% los que tienen estudios de secundarios porque son adolescentes que son hijos de familias disfuncionales; y solo han llegado al colegio; siguiéndole con un 25% los de primaria con un 10% los de estudios superiores y una mínima del 5% los que no han asistido a un centro educativo por falta de recursos económico.

### Gráfico N° 4

## ESTADO CIVIL EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL



Fuente: base de datos del estudio

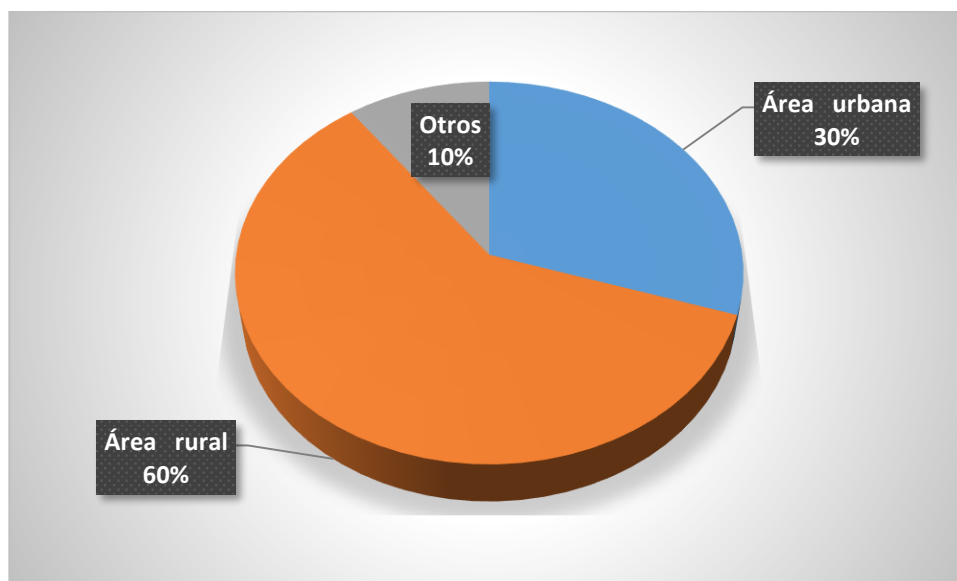
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### ANÁLISIS

Como se observa en el gráfico debido al estatus socio cultural con la mayoría de 35% las madres tienen una relación de unión libre ya que están unidas por que salió en estado de embarazo mas no porque tenían una relación seria como un matrimonio formado.

## Gráfico N° 5

### RECIDENCIA EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL

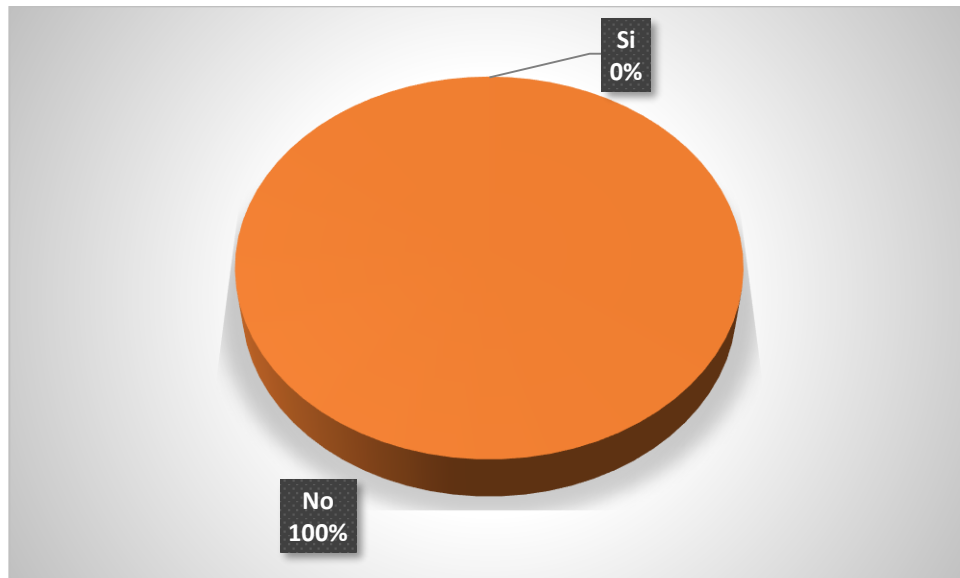


Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### ANÁLISIS

Según los datos estadísticos la mayoría viene de zona rural marginal tales como cantones y sectores aledaños a la ciudad de Guayaquil por ser un hospital de especialidad son transferidos a esta unidad.

**Gráfico N° 6**  
**SIGNIFICADO DE ÓBITO FETAL EN LAS MUJERES**  
**GESTANTES CON ÓBITO FETAL**



Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

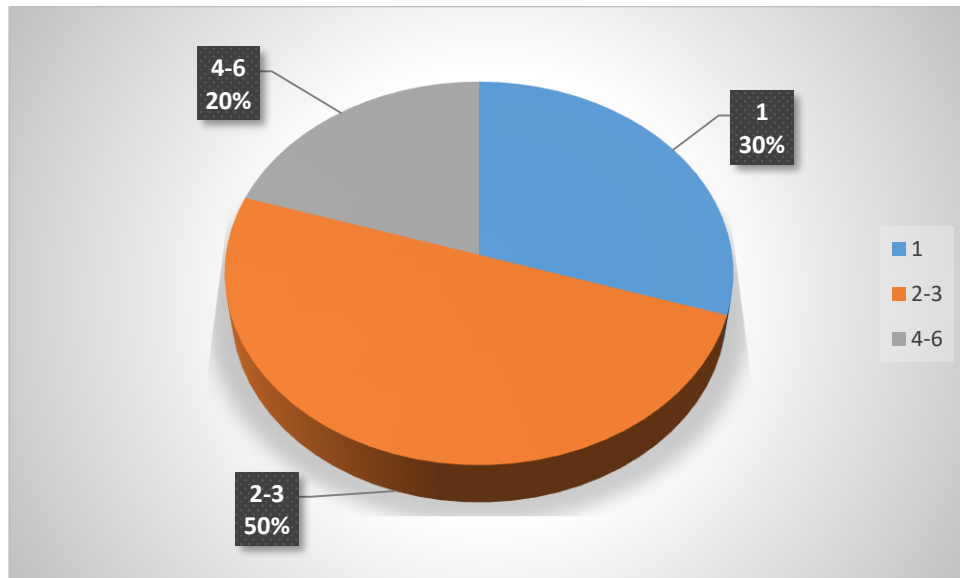
### **ANÁLISIS**

En este gráfico observamos la falta de conocimiento del nombre real de esta patología ya que solo conocen el nombre empírico o cuando el médico le expresa su diagnóstico.



### Gráfico N° 7

## CUANTOS EMBARAZOS A TENIDO LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL



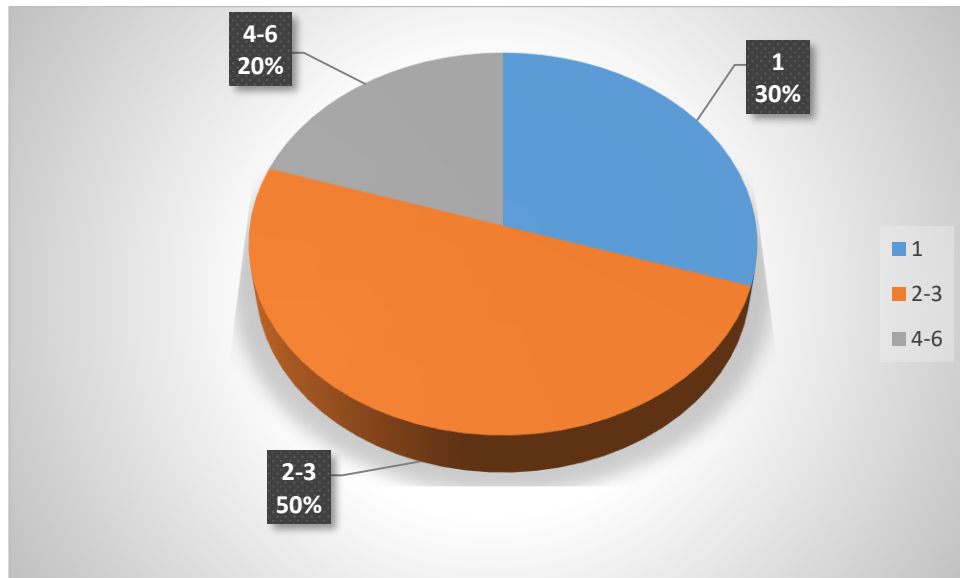
Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### ANÁLISIS

En este gráfico nos representa cual ha sido el número de embarazos que ha tenido la mujer con óbito fetal y con el 50% ha sido después de su segundo y tercer embarazo unos de los factores la cantidad de hijos por ser múltipara o a su vez la mala alimentación.

### Gráfico N° 8

## NUMERO DE PARTOS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL

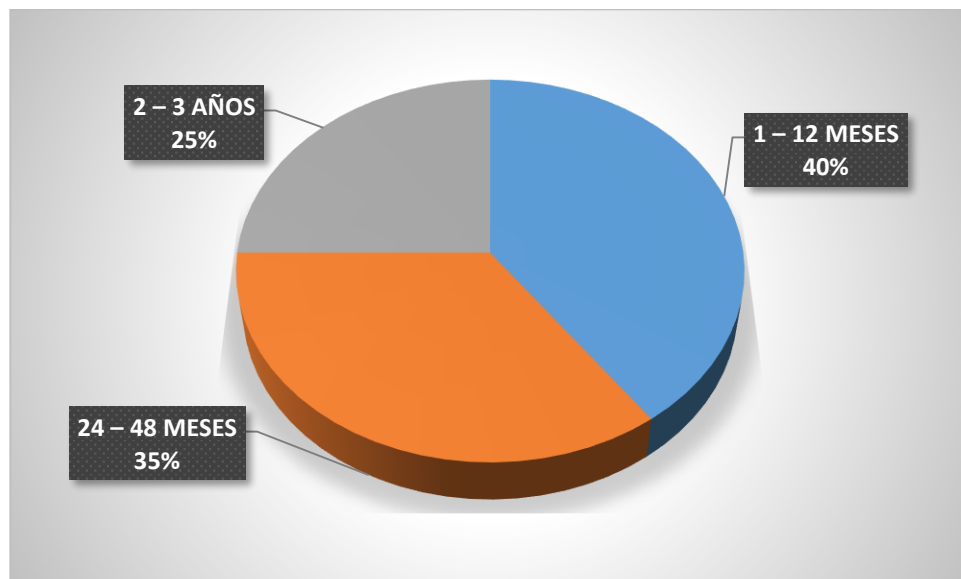


Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### ANÁLISIS

Así mismo como el gráfico anterior tenemos el mismo percentil con la mayoría del porcentaje del segundo al tercer parto ya en su siguiente embarazo presenta la patología de óbito fetal porque muchas veces son multíparas y no tienen un periodo intergenesico o una adecuada planificación familiar.

**Gráfico N° 9**  
**PERIODO INTERGENESICO EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL**



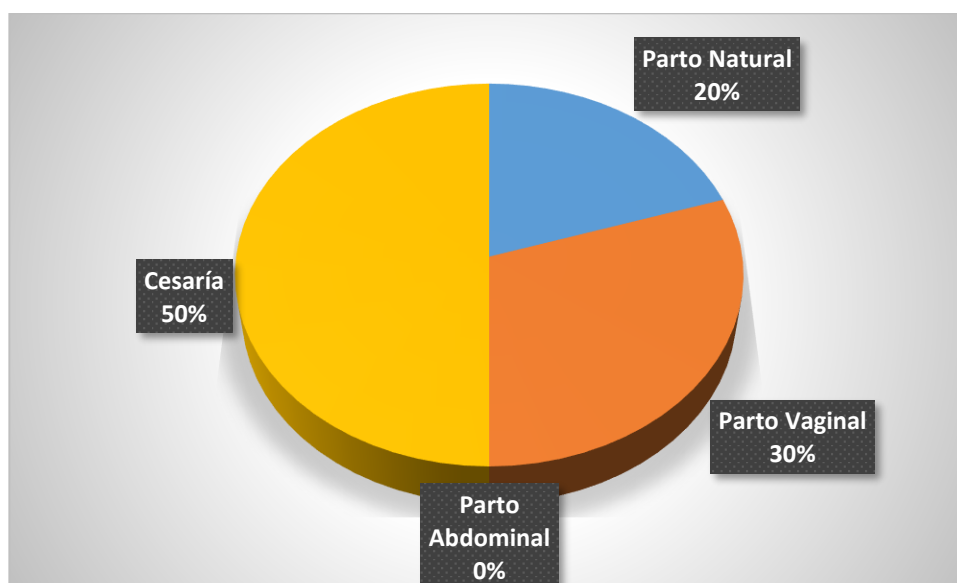
Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

## **ANÁLISIS**

El siguiente gráfico muestra el periodo intergenesico o el periodo que la mujer espero para quedar embarazada en este podemos observar que con un gran porcentaje tenemos que han esperado de 24- 48 meses ya sea por un embarazo riesgoso, cesaría o no haber tenido una buena planificación familiar.

**Gráfico N° 10**

**VÍA DE NACIMIENTO DEL ÚLTIMO PRODUCTO EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL**



Fuente: base de datos del estudio

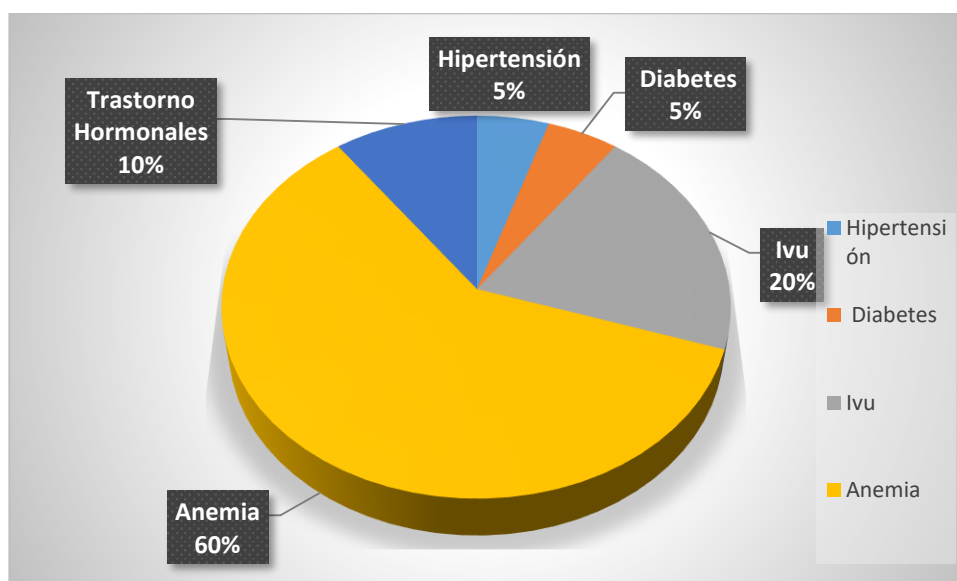
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

## **ANÁLISIS**

El siguiente gráfico nos representa con el 50% de la vías de nacimiento fueron por cesaría por ser una de las mejores alternativas en estos tiempos ya sea por estética y porque sea comercial y rentable para los médicos o también si ha tenido riesgos o sufrimiento fetal al momento del parto, y el parto vaginal o natural siendo la última opción de alumbramiento.

Gráfico N° 11

## ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL



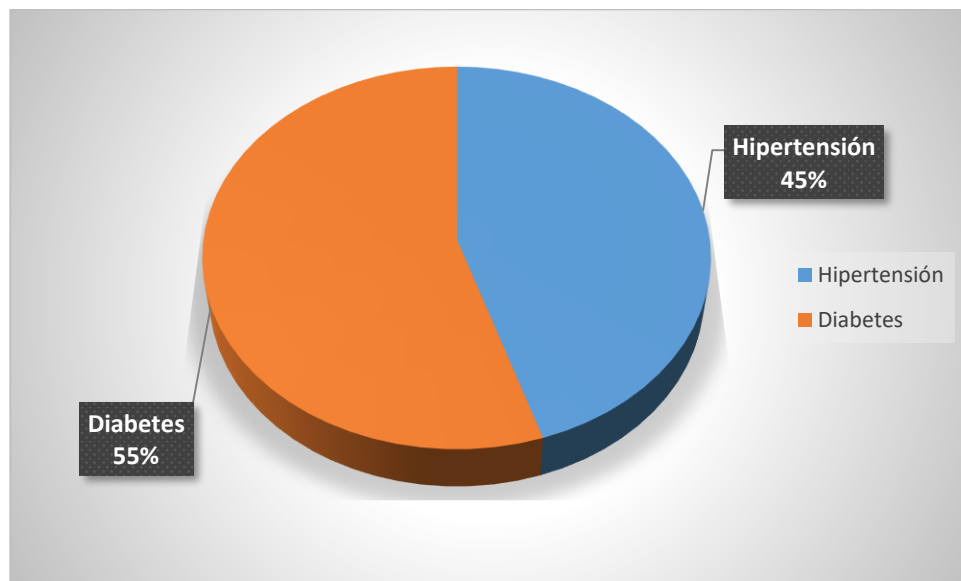
Fuente: base de datos del estudio

Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### ANÁLISIS

En este gráfico representa los antecedentes patológicos personales que padece la madre en este caso tenemos que con mayor índice la anemia ya que por estar embarazadas unos de los factores de riesgos y problemática es la falta de hierro y minerales las cuales pueden ser perjudiciales tanto para la madre y el gestante, también con una minoría la hipertensión y la diabetes ya que estas enfermedades se están haciendo concientizar en los controles maternos.

**Gráfico N° 12**  
**ANTECEDENTE PATOLÓGICO FAMILIAR EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL**



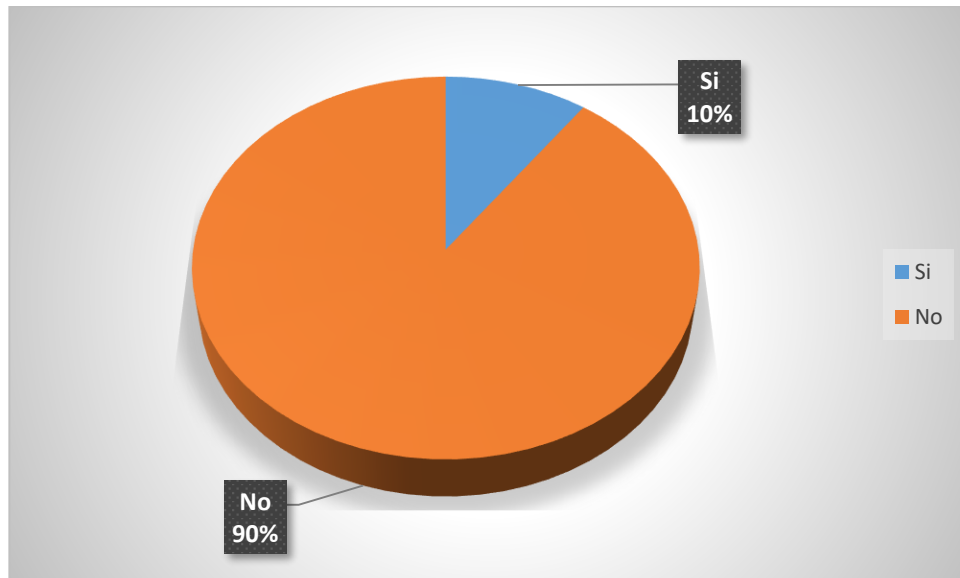
**Fuente:** base de datos del estudio  
**Elaborado por:** Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### **ANÁLISIS**

En este gráfico observamos que entre los antecedentes patológicos familiares se encuentra con un mayor rango la diabetes, la cual es por no tener una adecuada alimentación el sedentarismo y no tener un equilibrado estilo de vida y le sigue la hipertensión, estas 2 patologías están en aumento y es unas de las principales causas de muerte en el país.

### Gráfico N° 13

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL



Fuente: base de datos del estudio

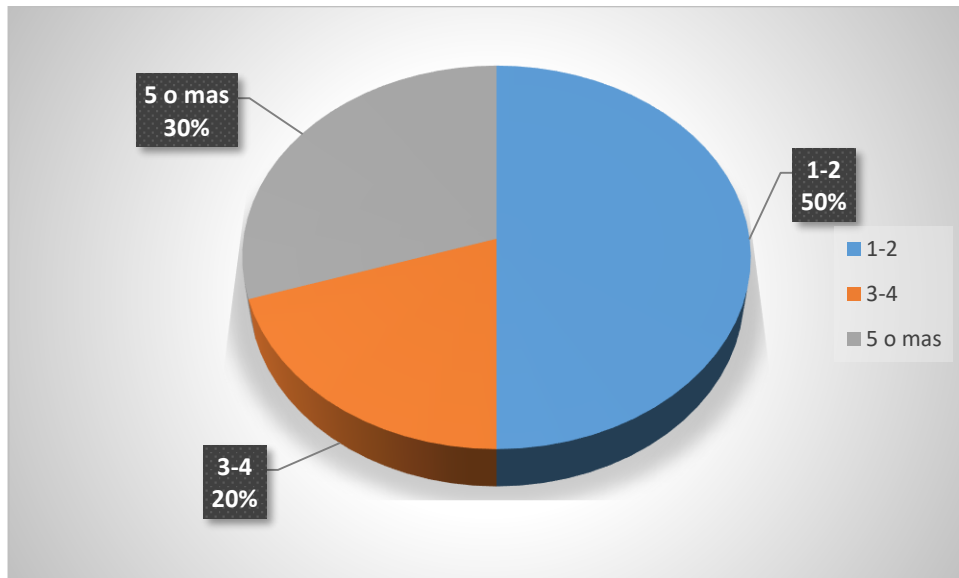
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### ANÁLISIS

El gráfico representa un incremento en las mujeres que no hicieron planificación familiar o no estuvieron cuidándose con algún método anticonceptivo de su preferencia, y por tal motivo salieron embarazadas de un producto no planificado y a su vez su situación económica no está lista para poder mantener otro hijo.

**Gráfico N° 14**

**NUMERO DE CONTROLES EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL**



Fuente: base de datos del estudio

Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

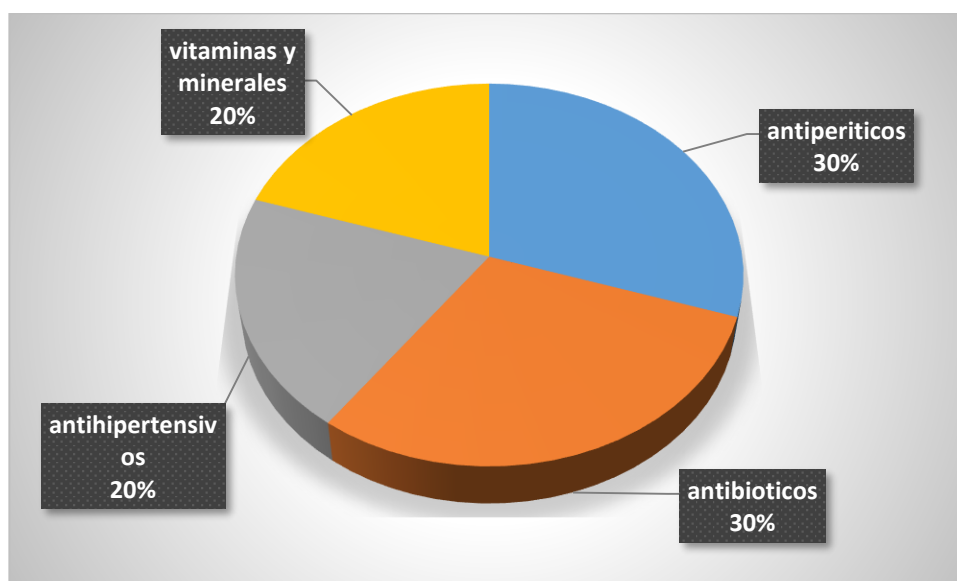
**ANÁLISIS**

En el presente gráfico observamos que la mayoría de las mujeres gestantes con óbito fetal solo tuvieron 1-2 controles en su embarazo las cuales podemos decir que por falta de control prenatal pudieron llegar a esta patología y también por falta de conocimiento de que estaban en estado de gestación.



**Gráfico N° 15**

**TIPOS DE MEDICAMENTOS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL**



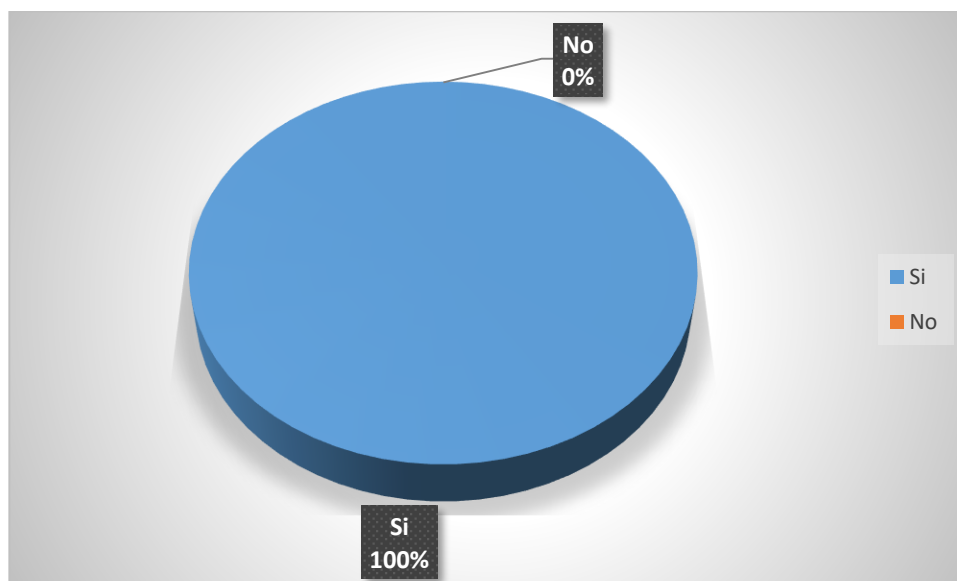
Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

**ANÁLISIS**

En el gráfico observamos las mujeres gestantes se les administra más antibióticos y antipiréticos por tener infecciones en el embarazo o por el uso consecutivo estos mismos que puede tener un desencadenante en esta patología de los óbitos fetales, y las vitaminas y minerales que son un beneficio para la salud de las embarazadas nos las injieren muchas veces porque no tienen los recursos necesarios o a su vez no están acostumbradas a tomar este tipo de medicamentos.

## Gráfico N° 16

### ATENCIÓN OPORTUNA EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL

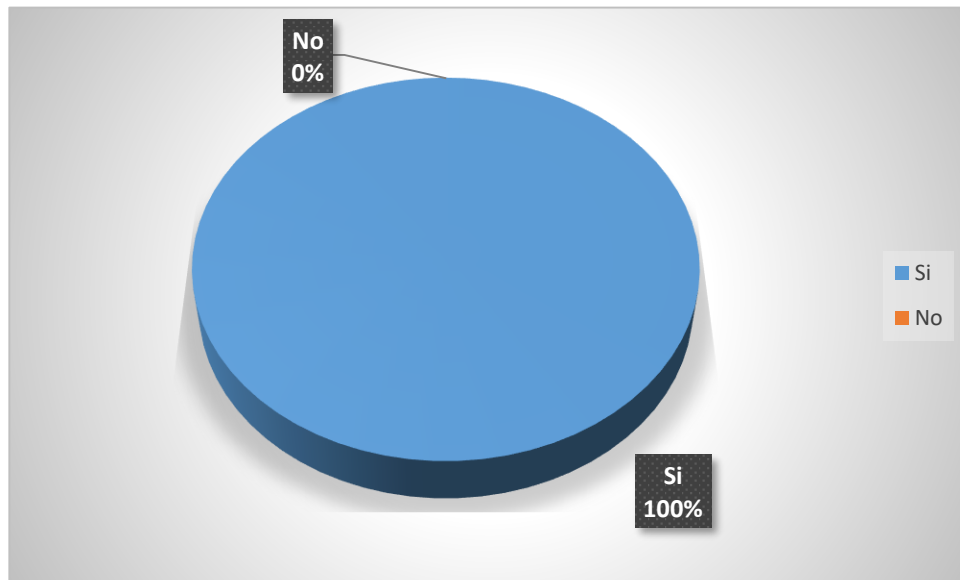


Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### ANÁLISIS

En este gráfico observamos que si tuvo atención oportuna la paciente en esta casa de salud, atendiendo con todos los protocolos institucionales que amerita la patología y sobre todo con profesionalismo hacia la atención y bienestar del paciente.

**Gráfico N° 17**  
**CONTROL DE SIGNOS VITALES EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL**

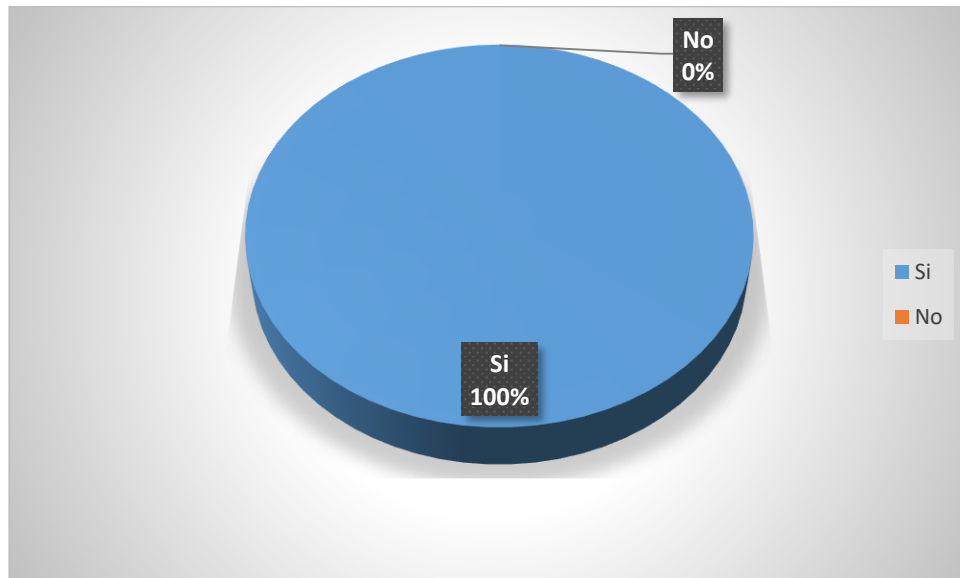


Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### **ANÁLISIS**

En este gráfico representa que a toda paciente llega a este establecimiento de salud se le toma los signos vitales para ver la presión arterial, pulso frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno, es uno de los protocolos a seguir como medida de prevención.

**Gráfico N° 18**  
**CONTROL DE GLICEMIA EN LAS MUJERES GESTANTES**  
**CON ÓBITO FETAL**

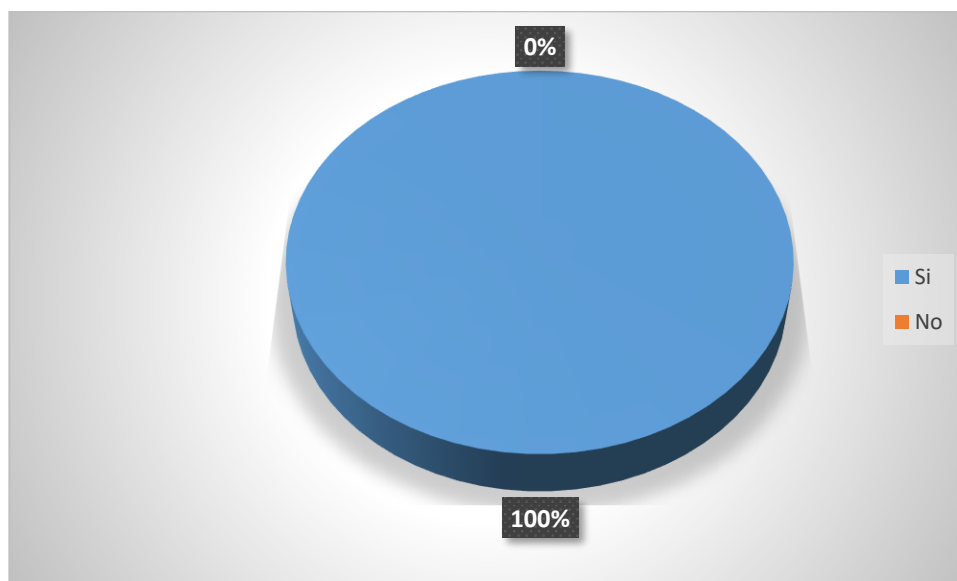


Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### **ANÁLISIS**

El gráfico representa que si se toma a todas las pacientes el control de glicemia para determinar cuánto tiene de glicemia o si tiene diabetes gestacional poder el respectivo control, también es unos de los protocolos institucionales en esta casa de salud.

**Gráfico N° 19**  
**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN LAS MUJERES**  
**GESTANTES CON ÓBITO FETAL**

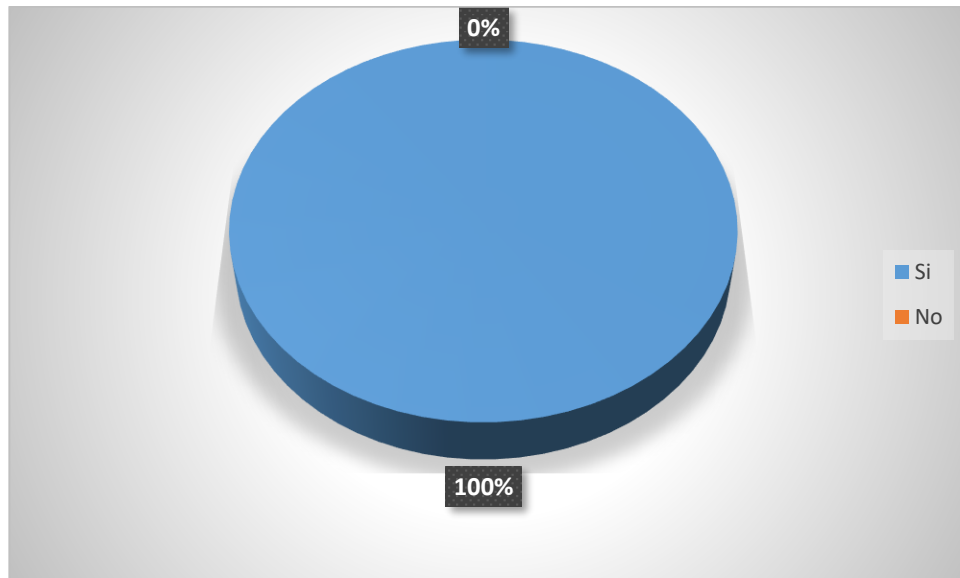


**Fuente:** base de datos del estudio  
**Elaborado por:** Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

## **ANÁLISIS**

En este gráfico observamos que también toman las medidas antropométricas a todas las pacientes como medidas generales para observar si no está en sobre peso en el embarazo o si alcanzado la curva en el estado de gestación.

**Gráfico N° 20**  
**KARDEX DE FÁRMACOS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL**



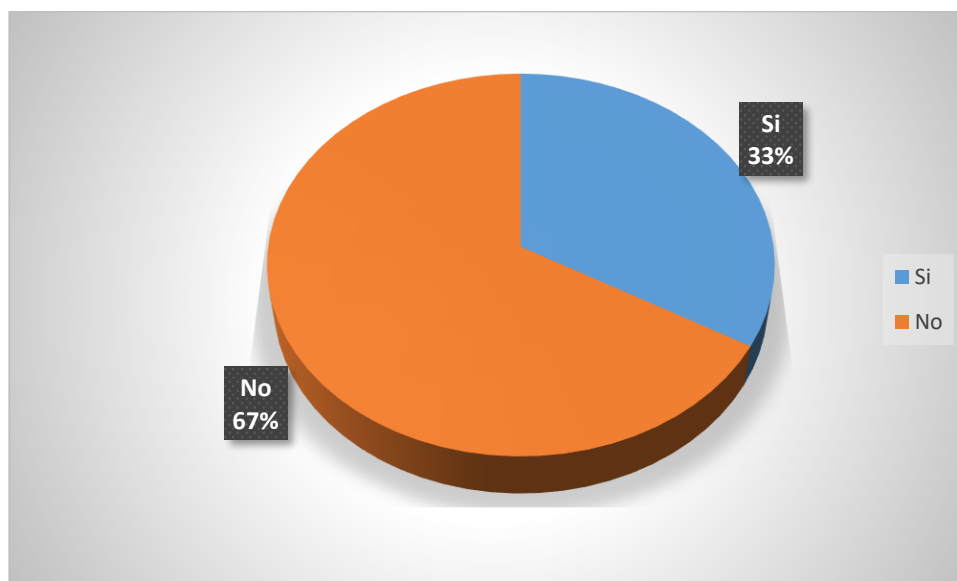
Fuente: base de datos del estudio  
Elaborado por: Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

### **ANÁLISIS**

En este gráfico observamos que a todas las pacientes se les hace un kardex de medicamentos en donde todo medicamento que prescribe el médico a la paciente será administrado por el profesional de enfermería graficado con hora, fecha y quien le administro para tener constancia que haya sido medicada.

**Gráfico N° 21**

**INFORMAR DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LAS MUJERES GESTANTES CON ÓBITO FETAL**



**Fuente:** base de datos del estudio

**Elaborado por:** Mónica Hidalgo y Mayra Salazar, 2018

## **ANÁLISIS**

En el gráfico observamos que la mayor parte de mujeres gestantes con óbito fetal no tuvieron información de qué hacer ante cualquier signo y síntoma que ocurriese en su embarazo, podemos decir que es un problema de enfermería porque no les dieron la educación y conocimiento en cuanto a cada trimestre del embarazo y los riesgos que podrían presentar ante cualquier signo de alarma en su embarazo.

## DISCUSIÓN

Durante la elaboración de este proyecto he encontrado la disponibilidad de parte del personal de enfermería del hospital Universitario. En estos momentos en los que ofrecer una atención de enfermería adecuada y oportuna se convierte en una tarea difícil, debido a que el resultado final ya no es el esperado y desafortunadamente, incluso las más maternas y mejor intencionadas de las personas tienden a prescindir porque se sienten incómodas, porque no saben qué revelar ni cómo actuar. Entre los cuidados más relevantes podemos citar las consejerías dirigidas a las gestantes sobre los cuidados a recibir con la finalidad de identificar oportunamente los signos y síntomas, acudiendo de manera rápida y oportuna al Centro de Salud más cercano. Contribuiríamos a la prevención de complicaciones fetales tales: óbito fetal.

El estudio del óbito fetal en 2013 define hasta el 12% de los casos y puede estar relacionado con la presencia de trombofilia (4), nuestros resultados mostraron que, entre los pacientes con una historia de pérdida fetal al 20 después de semana hubo una tasa de muerte fetal del 3,7% repetición, en un estudio que incluyó a 61,780 mujeres, observaron una recurrencia muerte fetal del 4,6% y una incidencia global de una sola muerte fetal al 2%.(4) Estos resultados se mostraron compatibles con los encontrados en nuestro muestreo, se observó una frecuencia de trombofilias adquiridas o hereditarias en 11 de los 20 pacientes incluidos (55%)(4), siendo 3 diagnosticadas como deficiencia de proteína S (confirmada en el puerperio), 7 como síndrome antifosfolípido y 1 como mutación del gen de la protrombina en la forma heterocigota. La rara prevalencia de las trombofilias genéticas en la población dificulta el estudio adecuado de su relación con el óbito fetal de repetición.(22) En este trabajo, una cuestión relevante se centra en la tendencia cada vez mayor el número de embarazos en mujeres de 10 – 20 años de ocurrencia del embarazo por encima de los 17 años (6), asociando este con patologías crónicas como diabetes e hipertensión, entre otras, que contribuyen a muchos de los resultados estadísticos indeseables (6). Por encima de los 20 años, la



probabilidad de óbito fetal es de 50% y la de aborto espontáneo de más de 70%, sin embargo, al lado de las demandas de aspecto fisiológico, fueron contundentes los abordajes por cuanto se ha descrito la asociación entre la Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación.

La reducción en el riesgo fue incluso mayor en los partos prematuros, (9) las mujeres que dieron a luz antes de las 34 semanas tenían un 82 por ciento menos de probabilidades de sufrir de preeclampsia (9) u óbito fetal si tomaban los 150 mg de aspirina, el 20% de las mujeres han tomado antihipertensivo las madres embarazadas(9)no tuvieron efectos secundarios graves, ni los bebés sufrieron efectos adversos relacionados con el uso de la aspirina durante el embarazo en la actualidad 2018 se puede evitar dando a conocer más sobre el tema.

## CONCLUSIONES

- Durante el estudio se investigaron 52 pacientes clínicos en donde se describen los cuidados en enfermería durante el proceso del óbito fetal; los datos de las pacientes determinan un rango de 24 a 28 años; tienen una instrucción de segundo nivel; proceden del área rural; conviven con pareja; no cuentan con un trabajo fijo. Con respecto a los antecedentes patológicos personales se presenta la anemia, infección a las vías urinarias y los antecedentes patológicos familiares existe un gran porcentaje de diabetes e hipertensión, tienen de 2 a 3 embarazos mayor prevalencia.
- En relación al rol asistencial se determinó un cumplimiento parcial puesto que forman parte de las intervenciones que se deben cumplir. Sin embargo, existen otras actividades de acuerdo al marco conceptual revisado que no son tomadas en consideración para la atención de otros pacientes.
- La información y educación entre tipo de pacientes no estructurado en su totalidad.

## RECOMENDACIONES

- Ampliar el conocimiento de los(as) enfermeros(as) sobre el tema de los cuidados a mujeres diagnosticadas con óbito fetal para poder brindar de mejor forma los cuidados a las pacientes que asisten a la consulta área del centro obstétrico en el hospital Universitario.
- Ampliar las consejerías dirigidas a las gestantes sobre los cuidados a recibir con la finalidad de identificar oportunamente los signos y síntomas, acudiendo de manera rápida y oportuna al Centro de Salud más cercano. Contribuiríamos a la prevención de complicaciones fetales tales: óbito fetal.
- Enfatizar más en la educación en las señales de peligros y signos de alarma, realizar de manera oportuna la salida a visitas domiciliarias sobre todo para captación de gestantes y seguimiento a gestantes con factores de riesgo.

## REFERENCIAS

1. El Comercio. La muerte fetal está frecuentemente ligada a problemas en placenta. El Comercio [Internet]. el 13 de diciembre de 2011 [citado el 22 de junio de 2018]; Disponible en: <http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/muerte-fetal-frecuentemente-ligada-problemas.html>
2. Morante Anastacio NL. Informe Monográfico previo a la Obtención del título de Medico [Internet] [pregrado]. [Guayaquil - Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31146/1/MORANTE%20ANASTACIO%20NATALY%20LISSETH.pdf>
3. Torres Gutiérrez M. Emotional Impact of a High-Risk Pregnancy. Rev Colomb Psiquiatr. septiembre de 2004;33(3):263–84.
4. Monsalve Montoya RE. Caracterización de Óbito Fetal Tardío en la Clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena de Indias entre los años 2012 a 2013 [Internet]. [Cartagena de Indias - Colombia]: Universidad de Cartagena; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/5318/1/TRABAJO%20FINAL%20DE%20ROSA%20MONSALVE.pdf>
5. Säflund K, Sjögren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. Birth Berkeley Calif. junio de 2004;31(2):132–7.
6. Weiss R, Caprio S, Trombetta M, Taksali SE, Tamborlane WV, Bonadonna R. Beta-cell function across the spectrum of glucose tolerance in obese youth. Diabetes. junio de 2005;54(6):1735–43.
7. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. PloS One. 2018;13(1):e0191635.
8. Shannon P, Kitty C, Deitra L. Manual clínico : Maternidad y salud de la mujer [Internet]. 1° Edición. El Sevier; 2008 [citado el 27 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.agapea.com/libros/Manual-clinico-maternidad-y-salud-de-la-mujer-9788445819142-i.htm>
9. Costa Oliveira L, Ribeiro da Costa AA. Fetal and neonatal deaths among cases of maternal near miss. Rev Assoc Medica Bras 1992. octubre de 2013;59(5):487–94.
10. Serrano Diana C, López del Cerro E, Castillo Cañadas AM, Gómez García MT, Amezcua Recover AN, González de Merlo G. Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. Prog Obstet Ginecol. el 1 de octubre de 2015;58(8):368–72.

11. Rodríguez Núñez AC, Hernández Cruz I. Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* agosto de 2004;30(2):0–0.
12. Secretaria Distrital de salud de Bogota. *Mortalidad Perinatal.* 2016;12.
13. Aminu M, Bar-Zeev S, van den Broek N. Cause of and factors associated with stillbirth: a systematic review of classification systems. *Acta Obstet Gynecol Scand.* mayo de 2017;96(5):519–28.
14. Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Association between stillbirth and risk factors known at pregnancy confirmation. *JAMA.* el 14 de diciembre de 2011;306(22):2469–79.
15. Little SE, Zera CA, Clapp MA, Wilkins-Haug L, Robinson JN. A Multi-State Analysis of Early-Term Delivery Trends and the Association With Term Stillbirth. *Obstet Gynecol.* diciembre de 2015;126(6):1138–45.
16. Pineles BL, Hsu S, Park E, Samet JM. Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. *Am J Epidemiol.* 15 de 2016;184(2):87–97.
17. Sossa Lesmes AI, Velásquez Pardo AM, Vicentes Pérez MA. Identificación de posibles necesidades emocionales de la mujer con pérdida fetal tardía mediante revisión documental [Internet]. [Bogota - Colombia]: Pontificia Universidad Javeriana; 2015 [citado el 27 de junio de 2018]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13737>
18. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ.* el 24 de enero de 2013;346:f108.
19. Salvador Z. Muerte fetal intrauterina: síntomas, causas y apoyo emocional [Internet]. *Reproducción Asistida ORG.* 2018 [citado el 20 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/>
20. Loya Ñacata AE. Hemorragia obstétrica en el puerperio inmediato en mujeres atendidas en el centro obstetrico del Hospital Enrique Garcés, 2010 [Internet]. [Ambato - Ecuador]: Universidad Regional Autonoma de los Andes; 2013 [citado el 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4570/1/TUAMEQ004-2013.pdf>
21. Hospital de Requena. Técnicas de higiene: lavado de manos, colocación de gorro, calzar, mascarilla, guantes y bata [Internet]. 2016 [citado el 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/aux\\_plantas\\_hospital.pdf](https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/aux_plantas_hospital.pdf)
22. Rivero Martínez N, Acosta G, Niurys M, González Barrero M, Núñez Herrera M, Hornedo Jerez I, et al. VALORACION ETICA DEL MODELO

DE DOROTEA OREM. Rev Habanera Cienc Médicas. septiembre de 2007;6(3):0-0.

23. Barros VIPVL de, Igai AMK, Andres M de P, Francisco RPV, Zugaib M, Barros VIPVL de, et al. Pregnancy outcome and thrombophilia of women with recurrent fetal death. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia. febrero de 2014;36(2):50-5.
24. Amorim TV, Souza ÍE de O, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO, Amorim TV, et al. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. Enferm Glob. 2017;16(46):500-43.
25. Rangel Calvillo MN. Análisis de muerte fetal tardía. Perinatol Reprod Humana. septiembre de 2014;28(3):139-45.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Little SE, Zera CA, Clapp MA, Wilkins-Haug L, Robinson JN. A Multi-State Analysis of Early-Term Delivery Trends and the Association With Term Stillbirth. *Obstet Gynecol.* diciembre de 2015;126(6):1138–45.
2. Rangel Calvillo MN. Análisis de muerte fetal tardía. *Perinatología y reproducción humana.* septiembre de 2014;28(3):139–45.
3. Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Association between stillbirth and risk factors known at pregnancy confirmation. *JAMA.* el 14 de diciembre de 2011;306(22):2469–79.
4. Monsalve Montoya RE. Caracterización de Óbito Fetal Tardío en la Clínica Maternidad Rafael Calvo Cartagena de Indias entre los años 2012 a 2013 [Internet]. [Cartagena de Indias - Colombia]: Universidad de Cartagena; 2015. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/5318/1/TRABAJO%20FINAL%20DE%20ROSA%20MONSALVE.pdf>
5. Aminu M, Bar-Zeev S, van den Broek N. Cause of and factors associated with stillbirth: a systematic review of classification systems. *Acta Obstet Gynecol Scand.* mayo de 2017;96(5):519–28.
6. Torres Gutiérrez M. Emotional Impact of a High-Risk Pregnancy. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* septiembre de 2004;33(3):263–84.
7. Fustamante Nuñez CF. Factores asociados a muerte fetal en dos Hospitales referenciales de Lambayeque [Internet]. [Chiclayo - Perú]: Universidad San Martín de Porras; 2016 [citado el 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1904/3/Fustamante\\_c.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1904/3/Fustamante_c.pdf)
8. González Noblecilla DE. Factores de riesgos de Muerte fetal. Hospital San Vicente de Paul pasaje primer semestres año 2012 [Internet] [pregrado]. [El Oro - Ecuador]: Universidad Técnica de Machala; 2014 [citado el 25 de junio de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/2077/1/CD00220-TRABAJO%20COMPLETO-pdf>
9. Ortiz Chunata PA. Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 - 2015. el 11 de octubre de 2016 [citado el 27 de junio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5530/1/06%20ENF%20762%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
10. Rodríguez Núñez AC, Hernández Cruz I. Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* agosto de 2004;30(2):0–0.

11. Falconi Pelaez S. Factores relacionados a muerte fetal en usuarias atendidas en el área de Ginecología del Hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013. [Internet]. [Machala - Ecuador]: Universidad Técnica de Machala; 2014. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/848/7/CD00170-TESIS.pdf>
12. Costa Oliveira L, Ribeiro da Costa AA. Fetal and neonatal deaths among cases of maternal near miss. Rev Assoc Med Bras (1992). octubre de 2013;59(5):487–94.
13. Loya Ñacata AE. Hemorragia obstétrica en el puerperio inmediato en mujeres atendidas en el centro obstetrico del Hospital Enrique Garcés, 2010 [Internet]. [Ambato - Ecuador]: Universidad Regional Autonoma de los Andes; 2013 [citado el 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4570/1/TUAMEQ004-2013.pdf>
14. Sossa Lesmes AI, Velásquez Pardo AM, Vicentes Pérez MA. Identificación de posibles necesidades emocionales de la mujer con pérdida fetal tardía mediante revisión documental [Internet]. [Bogota - Colombia]: Pontifica Universidad Javeriana; 2015 [citado el 27 de junio de 2018]. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13737>
15. Morante Anastacio NL. Informe Monográfico previo a la Obtención del título de Medico [Internet] [pregrado]. [Guayaquil - Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31146/1/MORANTE%20ANASTACIO%20NATALY%20LISSETH.pdf>
16. El Comercio. La muerte fetal está frecuentemente ligada a problemas en placenta. El Comercio [Internet]. el 13 de diciembre de 2011 [citado el 22 de junio de 2018]; Disponible en: <http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/muerte-fetal-frecuentemente-ligada-problemas.html>
17. Shannon P, Kitty C, Deitra L. Manual clínico : Maternidad y salud de la mujer [Internet]. 1° Edición. El Sevier; 2008 [citado el 27 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.agapea.com/libros/Manual-clinico-maternidad-y-salud-de-la-mujer-9788445819142-i.htm>
18. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. BMJ. el 24 de enero de 2013;346:f108.
19. Organización Mundial de la Salud O. Mortalidad materna [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado el 27 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
20. Secretaria Distrital de salud de Bogota. Mortalidad Perinatal. 2016;12.
21. Andrés Pons G, Eduardo Sepúlveda S, Juan Luis Leiva B, Gustavo Rencoret P, Alfredo Germain A. Muerte fetal. Revista Médica Clínica Las Condes. el 1 de noviembre de 2014;25(6):908–16.



22. Serrano Diana C, López del Cerro E, Castillo Cañadas AM, Gómez García MT, Amezcua Recover AN, González de Merlo G. Muerte fetal anteparto. Duelo perinatal. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. el 1 de octubre de 2015;58(8):368–72.
23. Vogelmann RA, Sánchez JE, Sartori MF. Muerte fetal intrauterina [Internet]. 2016 [citado el 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.espanito.com/muerte-fetal-intrauterina.html>
24. Salvador Z. Muerte fetal intrauterina: síntomas, causas y apoyo emocional [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2018 [citado el 20 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/>
25. Diago Almela VJ, Puchalt, Marta CC, Perales Marín A. Muerte Fetal Tardia. 2015;30:8.
26. de la Cruz Miranda NN. Muerte intrauterina [Internet]. 2016 [citado el 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos63/muerte-intrauterina/muerte-intrauterina.shtml>
27. AuthorStream. Obito Fetal [Internet]. 2016 [citado el 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.authorstream.com/Presentation/aSGuest24909-232295-obito-fetal-fetal1-entertainment-ppt-powerpoint/>
28. Canche J, Izquierdo Lopez M. Obito Fetal [Internet]. 2015 [citado el 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://slideplayer.es/slide/3889575/TRABAJO DE TITULACION DE BLANCA Y ADRIANA.doc](https://slideplayer.es/slide/3889575/TRABAJO_DE_TITULACION_DE_BLANCA_Y_ADRIANA.doc)
29. treym. Obito fetal [Internet]. Salud y medicina presentado en; 05:36:50 UTC [citado el 20 de julio de 2018]. Disponible en: [https://es.slideshare.net/sennid/obito-fetal-48826105\\_TESIS\\_DE\\_JORDAN\\_Y\\_FREIRE\\_06\\_MARZO\\_2018.doc](https://es.slideshare.net/sennid/obito-fetal-48826105_TESIS_DE_JORDAN_Y_FREIRE_06_MARZO_2018.doc)
30. Oliveira LC, Costa AAR da. Óbitos fetais e neonatais entre casos de near miss materno. *Revista da Associação Médica Brasileira*. el 1 de septiembre de 2013;59(5):487–94.
31. Weiss L, Frischer L, Richman J. Parental adjustment to intrapartum and delivery room loss. The role of a hospital-based support program. *Clin Perinatol*. diciembre de 1989;16(4):1009–19.
32. Carreño Hernández VK, Henao Santana YP. Percepción del cuidado de enfermería en la atención post aborto (espontaneo) en mujeres entre los 17 Y 25 años en la ciudad de Bogotá [Internet]. [Bogotá - Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2009. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8464/1/535448.2009.pdf>
33. Amorim TV, Souza ÍE de O, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO, Amorim TV, et al. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enfermería Global*. 2017;16(46):500–43.

34. Barros VIPVL de, Igai AMK, Andres M de P, Francisco RPV, Zugaib M, Barros VIPVL de, et al. Pregnancy outcome and thrombophilia of women with recurrent fetal death. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. febrero de 2014;36(2):50–5.
35. Guzmán JM, Huenchuan S, Monte de Oca V. *Redes de Apoyo Social a las Personas Mayores*. 2002;28.
36. Pineles BL, Hsu S, Park E, Samet JM. Systematic Review and Meta-Analyses of Perinatal Death and Maternal Exposure to Tobacco Smoke During Pregnancy. *Am J Epidemiol*. 15 de 2016;184(2):87–97.
37. Hospital de Requena. Técnicas de higiene: lavado de manos, colocación de gorro, calzar, mascarilla, guantes y bata [Internet]. 2016 [citado el 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/aux\\_plantas\\_hospital.pdf](https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/aux_plantas_hospital.pdf)
38. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2018;13(1):e0191635.
39. Säflund K, Sjögren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: views and experiences of parents. *Birth*. junio de 2004;31(2):132–7.
40. Rivero Martínez N, Acosta G, Niurys M, González Barrero M, Núñez Herrera M, Hornedo Jerez I, et al. VALORACION ETICA DEL MODELO DE DOROTEA OREM. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. septiembre de 2007;6(3):0–0.
41. Zabalegui Yárnoz A. Aquichan. [Internet]. Vol. 3, Aquichán. Universidad de La Sabana; 2003 [cited 2018 Sep 22]. 16-20 p. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
42. .INFOMED. Funciones y técnicas asistenciales del personal de enfermería licenciado | Enfermería Cubana [Internet]. Funciones y técnicas asistenciales del personal de enfermería licenciado. 2015 [cited 2018 Sep 21]. Available from: <http://enfermeriacubana.sld.cu/funciones-y-tecnicas-asistenciales-del-personal-de-enfermeria-licenciado>

# **ANEXOS**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Tema:** Cuidados de enfermería en óbito fetal en mujeres gestantes en un hospital de especialidad de Guayaquil.

**Objetivo:** Recolectar datos de los expedientes clínicos.

Instrucciones para el observador:

- Escriba una "X" en la información requerida.

**MATRIZ DE OBSERVACIÓN.**

Formulario No. \_\_\_\_

**1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:**

1.1. EDAD:

1.2. ETNIA:

Blanca

Negra

Mestiza

1.3. NIVEL DE EDUCACIÓN:

Primaria

Secundaria

Superior

Ninguna

**1.4. ESTADO CIVIL:**

Soltera	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>
Unión de hecho	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>

**1.5. LUGAR DE RESIDENCIA:**

Área urbana	<input type="checkbox"/>
Área rural	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

**1.6. REGISTRO DE ÓBITO FETAL:**

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

**1.7. NÚMERO DE EMBARAZOS:**

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>

**1.8. NÚMEROS DE PARTOS**

1

2

3

4

5

6

**1.9. PERÍODO INTERGENÉSICO DE EMBARAZO.**

1-12 meses

24-48 meses

2-3 años

**1.10. ÚLTIMA VÍA DE NACIMIENTO:**

Parto natural

Parto vaginal

Parto abdominal

Cesárea

**1.11. SIGNOS Y SÍNTOMAS REGISTRADOS:**

Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Infección de vías urinarias (IVU)	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>
Trastornos hormonales	<input type="checkbox"/>

**1.12. PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SU EMBARAZO:**

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**1.13. REACCIONES REGISTRADAS SOBRE EL EMBARAZO:**

Alegría	<input type="checkbox"/>
Tristeza	<input type="checkbox"/>
Conformidad	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Ansiosa	<input type="checkbox"/>

**1.14. NUMERO DE CONTROLES PRE NATALES:**

1-2	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>
5 y más	<input type="checkbox"/>

**1.15 TIPO DE MEDICAMENTO HA INGERIDO:**

Antipiréticos	<input type="checkbox"/>
Antibióticos	<input type="checkbox"/>
Antihipertensivos	<input type="checkbox"/>
Vitaminas y minerales	<input type="checkbox"/>

**2. ROL ASISTENCIAL Y EDUCADOR.**

**2.1. ATENCIÓN OPORTUNA:**

Si

No

**2.2. CONTROL DE SIGNOS VITALES:**

Si

No

**2.3. CONTROL DE GLICEMIA:**

Si

No

**2.4. CONTROL MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:**

Si

No

**2.4. CONTROL EN CADA CONSULTA DE KARDEX FARMACOLÓGICO:**

Si

No

**2.5. REGISTRO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA:**

Si

No





## SOLICITUD DEL INVESTIGADOR

Guayaquil 2 de Agosto del 2018

Estimada

**Dra. Andrea Alexandra Saltos Román**

Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL  
GERENCIA HOSPITALARIA

02 ABO 2018 15:34

RECIBIDO

*E. Quiza*

En su despacho:

Por medio de la presente, solicito a usted me conceda adquirir información de la Gestión de Estadísticas y Admisiones para poder llevar a cabo la elaboración de mi proyecto de titulación, requisito necesario para poder graduarme.

<b>NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IRE. Monica Alexandra Hidalgo Coronel</li><li>• IRE. Mayra Ivonne Salazar Celi</li></ul>
<b>CEDULA DE IDENTIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• CI: 0925514135</li><li>• CI: 0941397237</li></ul>
<b>Correo electrónico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <a href="mailto:monakitty-55@hotmail.com">monakitty-55@hotmail.com</a></li><li>• <a href="mailto:mayraisc@hotmail.com">mayraisc@hotmail.com</a></li></ul>
<b>Teléfono celular</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 0960096618</li><li>• 0992055038</li></ul>
<b>Institución a la que pertenece</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
<b>Internado que cursa</b>	Enfermería
<b>Nombre del tutor</b>	Lcda. Kristy Glenda Franco Poveda
<b>Tema de tesis</b>	"Cuidados de Enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes de un hospital de especialidad de Guayaquil"
<b>Periodo de investigación</b>	Mayo del 2018 a Agosto del 2018
<b>Área</b>	Emergencia, quirófano, post operatorio y hospitalización
<b>CIE-10</b>	O364 ATENCION MATERNA POR MUERTE INTRAUTERINA

Agradezco antemano su atención prestada a mi solicitud.

Atentamente,

**IRE. Mónica Hidalgo Coronel**

CI: 0925514135

**IRE. Mayra Salazar C.**

CI:0941397237

Guayaquil 2 de Agosto del 2018

## ACTA DE COMPROMISO

Estimada

**Dra. Andrea Alexandra Saltos Román**

Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil

En su despacho:

Por medio de la presente, Yo, **Mónica Alexandra Hidalgo Coronel** con CI: **0925514135** y mi compañera **Mayra Ivonne Salazar Celi** con CI: **0941397237**, internas de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, me comprometo libre y voluntariamente a entregar una copia en digital de mi trabajo final de investigación, para archivo y seguimiento del establecimiento de salud y la coordinación zonal correspondiente.

En constancia de mi compromiso firmo el presente documento y detallo mis datos personales.

Correo: monakitty-55@hotmail.com

Teléfono celular: 0960096618

Correo: mayraisc@hotmail.com

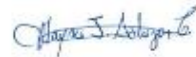
Teléfono celular: 0992055030

Atentamente,



**IRM. Mónica Hidalgo Coronel**

CI: 0925514135



**IRM. Mayra Salazar C.**

CI:0941397237

Guayaquil 2 de Agosto del 2018

## CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada

**Dra. Andrea Alexandra Saltos Román**

Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil

En su despacho:

Por medio de la presente, Yo, Mónica Alexandra Hidalgo Coronel con CI: 0925514135 y mi compañera Mayra Ivonne Salazar Celi con CI: 0941397237, ciudadanas mayor de edad y en plena facultades mentales, me comprometo con esta casa de salud a no divulgar, ni utilizar en mi conveniencia personal la distinta información facilitada por el establecimiento, no proporcionaré a otras personas o instituciones ni de manera verbal, ni escrita, ya sea directa o indirecta información sobre la identidad de los pacientes ni de información alguna que pueda perjudicar los intereses de este nosocomio, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegará investigación realizada.

En constancia de mi compromiso firmamos el presente documento.

Atentamente,



IRE. Mónica Hidalgo Coronel

CI: 0925514135



IRE. Mayra Salazar C.

CI:0941397237



Guayaquil, 2 de Agosto del 2018

**Dra. Andrea Alexandra Saltos Román**

**Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil**

**En su despacho.-**

De mis consideraciones:

Yo, Mónica Alexandra Hidalgo Coronel con CI: 0925514135 Alumna de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere; me permito solicitar a Usted, la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema "Cuidados de Enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes de un hospital de especialidad de Guayaquil" durante el Periodo de Mayo a Agosto del 2018, en la institución que usted dirige.

En el proceso de elaboración y Recolección de datos (Encuesta / Observación) del presente estudio; se guardara en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados, exceptuando lo de los alumnos investigadores

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

**Atentamente,**

**Mónica Hidalgo Coronel**

CI: 0925514135

**Mayra Salazar Celi**

CI. 0914397237



**CZ8S – Hospital Universitario de Guayaquil  
Gestión de Docencia e Investigación**

**Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2018-0318-M**

**Guayaquil, 09 de agosto de 2018**

**PARA:** Sr. Dr. Juan Pablo Herrera Valdivieso  
**Responsable de la Gestión de Admisiones y Estadística del Hospital  
Universitario de Guayaquil**

Monica Alexandra Hidalgo Coronel

**ASUNTO:** Autorización Nro.0113-2018- DI-HUG - Tesis (Hidalgo Coronel Mónica  
Alexandra & Salazar Celi Mayra Ivonne)

De mi consideración:

Previo cordial saludo, por medio de la presente la gestión de docencia autoriza a las siguientes internas de enfermería de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, **HIDALGO CORONEL MÓNICA ALEXANDRA** con C.I. # **0925514135** y **SALAZAR CELI MAYRA IVONNE** con C.I. # **0941397237**; para llevar a cabo su trabajo de investigación obteniendo de este nosocomio datos estadísticos e información por medio de la realización del modelo encuesta aprobado.

**Tema:** "Cuidados de Enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes de un hospital de especialidad de Guayaquil"

**Tutor:** Lcda. Kristy Glenda Franco Poveda

**Área:** Emergencia, quirófano, post operatorio y hospitalización

Adjunto, sírvase a encontrar la solicitud con la información de las solicitantes y el CIE-10.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Ana Cristina Bejar Alban

**RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL**

Anexos:

- 2018\_solicitud\_(hidalgo\_coronel\_mónica\_alexandra\_&\_salazar\_celi\_mayra\_ivonne).pdf



**CZ8S – Hospital Universitario de Guayaquil  
Gestión de Docencia e Investigación**

**Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2018-0318-M**

**Guayaquil, 09 de agosto de 2018**

**Copia:**

Sra. Dra. Andrea Alexandra Salto Román  
**Gerente (Encargo) del Hospital Universitario de Guayaquil - Coordinación Zonal 8 - Salud**

Sra. Dra. Elsa Rosario Díaz Chipantiza  
**Directora Asistencial del Hospital Universitario de Guayaquil, (E)**

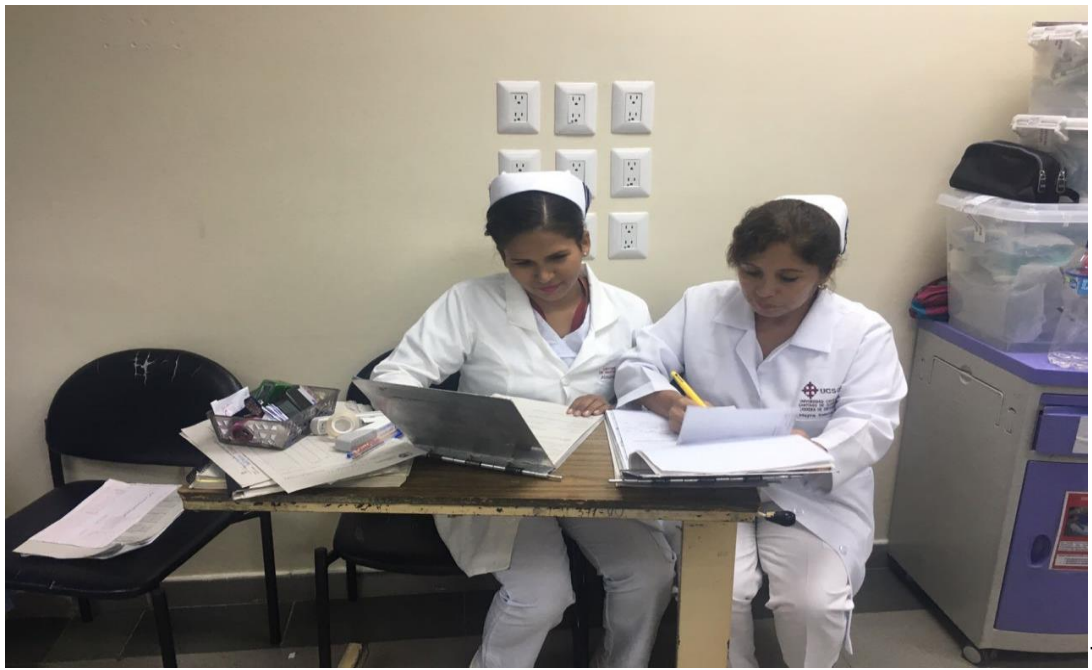
Sra. Lcda. Jahaira Carolina Parrales Moran  
**Subdirectora de Cuidados de Enfermería del Hospital Universitario de Guayaquil**

Sra. Lcda. Nancy Argentina Olvera Echeverría  
**Responsable del Servicio de Enfermería de Docencia y Supervisión del Hospital Universitario de Guayaquil**

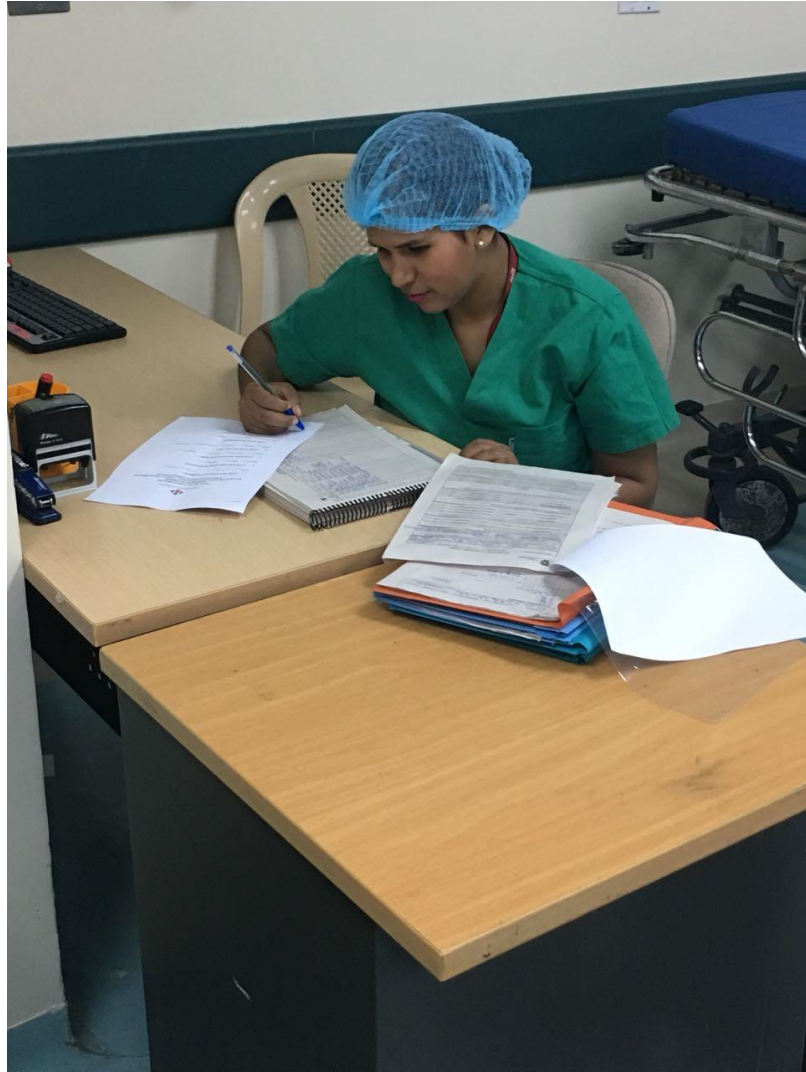
en

Fotos de revisión las historias clínicas en mujeres gestantes con  
óbito fetal en el Hospital Universitario











## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Hidalgo Coronel Mónica Alexandra**, con C.C: # **0925514135** Y **Salazar Celi Mayra Ivonne**, C.C: # **0914397237** autoras del trabajo de titulación: **Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres Gestantes en un Hospital de especialidad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciatura en Enfermería** 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, **31 de agosto de 2018**

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: Mónica Hidalgo Coronel  
C.C: 0925514135

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: Mayra Salazar Celi  
C.C: 0914397237



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>				
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>				
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres Gestantes en un Hospital de especialidades de Guayaquil.			
<b>AUTOR(ES)</b>	Hidalgo Coronel Mónica ; Salazar Celi Mayra			
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Lic. Kristy Franco			
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil			
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de ciencias medicas			
<b>CARRERA:</b>	Enfermería			
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Licenciatura en Enfermería			
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>31 de agosto de 2018</b>	<b>No. PÁGINAS:</b>	<b>DE</b>	<b>85</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Gestión del cuidado Enfermero			
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Cuidados de enfermería, mujeres gestantes y óbito fetal.			
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> El estudio se trata sobre cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes. <b>Objetivo:</b> Identificar los cuidados de enfermería en el óbito fetal en mujeres gestantes. <b>Diseño metodológico:</b> <b>Población:</b> 52 mujeres tratadas por óbito fetal. Estudio descriptivo, prospectivo, transversal. <b>Técnica:</b> Observación indirecta. <b>Instrumento:</b> Matriz de observación. <b>Resultados:</b> edad: 24-28 años 34%; 75% etnia mestiza; nivel de instrucción secundaria 60%; estado civil: unión libre 35%; 60% residen en el área rural; desconocimiento de óbito fetal 100%; 50% de mujeres registran de 2-3 embarazos; 50% con paridad de 2-3; tiempo de lapso entre un embarazo y otro de 12 meses 40%; mujeres cesareadas 50%; el 60% presentaron anemia. Antecedentes de HTA familiar 45% y de Diabetes 55%; falta de planificación familiar (90%); déficit de control pre natal en un 50%; medicamentos consumidos: antipiréticos 30%, antibióticos 30%; 20% en consumo de vitaminas y minerales; 100% atención oportuna de enfermería; 100% control de signos vitales; control de glicemia 100%; medición antropométrica 100%; administración de fármacos 100%; déficit de información sobre signos y síntomas en un 67%. <b>Conclusión:</b> El rol asistencial de enfermería se cumple parcialmente, en cuanto al rol educador no se cumple.				
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b>	+593-4-	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:monakitty-55@hotmail.com">monakitty-55@hotmail.com</a> <a href="mailto:mayraisc@hotmail.com">mayraisc@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b>	Lcda.Holguín Jiménez Martha Lorena		
	<b>Teléfono:</b>	+593-4- 0993142597		
	<b>E-mail:</b>	martha.holguin01@ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>				
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>				
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>				
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>				