



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA: Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 - 2015

AUTOR: Ortiz Chunata Pamela Alexandra

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Ximena Tapia Paguay

Ibarra-Ecuador

2016

PAGINA DE APROBACIÓN

INFORME DE APROBACIÓN DE LOS PERFILES DE TESIS, TESINA O PROYECTOS

El Consejo Académico de la Carrera de Enfermería

Sobre la temática de Tesis, Tesina o Proyectos intitulado-a:

Factores que Inciden al Óbito Fetal en Pacientes Atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 – 2015.

Presentada por:

Ortiz Chunata Pamela Alexandra.

Luego del estudio y el análisis de los contenidos del proyecto de trabajo o titulación, de manera unánime consideramos emitir el INFORME FAVORABLE, para que la postulante continúe con el desarrollo correspondiente previo a la obtención del Título de:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

..... 

Msc. Maritza Álvarez



COORDINACIÓN CARRERA DE ENFERMERÍA

Visto el informe que antecede, SE APRUEBA el proyecto de Tesis, Tesina o Proyecto.

..... 

..... 

..... 

II



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	171569313-9
Apellidos y nombres:	Ortiz Chunata Pamela Alexandra
Dirección:	Cdla. Selva Alegre – Otavalo
Email:	pamelis_64@hotmail.com
Teléfono fijo:	2 903 683
Teléfono móvil:	0981366101

DATOS DE LA OBRA	
Título:	“Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 - 2015”
Autor:	Ortiz Chunata Pamela Alexandra
Fecha:	18 de julio del 2016
Solo para trabajos de grado	

Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería
Director:	Msc. Ximena Tapia Paguay

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **Ortiz Chunata Pamela Alexandra**, con cédula de ciudadanía Nro.171569313-9; en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, 18 Julio del 2016.

AUTORA



Pamela Alexandra Ortiz Chunata

AUTOR C.I.:171569313-9



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO

DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Pamela Alexandra Ortiz Chunata**, con cédula de ciudadanía Nro. 171569313-9; manifiesto la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada “ **Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 - 2015**” que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Pamela Alexandra Ortiz Chunata

C.I.: 171569313-9

Ibarra, 18 de julio de 2016.

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCSS-UTN

Fecha: Ibarra, 18 de julio del 2016.

PAMELA ALEXANDRA ORTIZ CHUNATA "Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 - 2015" / TRABAJO DE GRADO. Licenciatura en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 18 de julio de 2016. 91 pp. 8 anexos.

DIRECTOR: Msc. Ximena Tapia

El principal objetivo de la presente investigación fue Identificar los factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo, entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar las características socio-demográficas de la población en estudio, determinar las patologías asociadas al óbito fetal, clasificar los ingresos y egresos de óbito fetal según semanas de gestación, diseñar un taller de capacitación dirigido a adolescentes socializando los resultados obtenidos.

Fecha: Ibarra, 18 julio del 2016.



Msc. Ximena Tapia Paguay.

Directora de Tesis



Pamela Alexandra Ortiz Chunata

Autora.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico de una manera muy especial a mi esposo que ha estado conmigo en todo momento y me ha impulsado a culminar cada proyecto de mi vida, porque con su amor me han sabido llegar con palabras precisas y su apoyo incondicional durante mi formación profesional.

A mi padre que con sus consejos y apoyo incondicional supo alentarme y con su amor estuvo conmigo en momentos de debilidad.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la bendición de la vida, por guiarme en el camino y darme fuerzas necesarias para superarme cada día.

A la Universidad Técnica del Norte por haberme permitido formarme como profesional en sus aulas de estudio, recibiendo conocimientos de distinguidos profesionales que fueron mis docentes y hoy admiro y respeto profundamente.

Al Hospital San Luis de Otavalo y su personal laboral, no sólo por brindarme la apertura para efectuar esta investigación, sino también por el tiempo en que tuve la oportunidad de conocerlos y compartir de muchas experiencias junto a ellos.

A mi directora de tesis Msc. Ximena Tapia Paguay por el tiempo, dedicación y paciencia que ha tenido conmigo durante este proceso de realización y culminación del presente trabajo de tesis.

Pamela Ortiz

ÍNDICE GENERAL

PAGINA DE APROBACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	¡Error! Marcador no definido.
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA.....	VII
AGRADECIMIENTO.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
SUMMARY.....	XV
TEMA:.....	XVI
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Justificación.....	2
1.4. Objetivos.....	4
1.4.1 Objetivo general.....	4
1.4.2. Objetivos específicos:.....	4
1.5. Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II.....	6
2. Marco Teórico.....	6
2.1. Marco Referencial.....	6
2.1.1 Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil.....	6

2.1.2. Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia.....	6
2.1.3. Análisis de muerte fetal tardía	7
2.1.4. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México.....	8
2.1.5. Muerte fetal.....	8
2.2. Marco Contextual.....	9
2.2.1. Caracterización del Hospital San Luis de Otavalo	9
2.2.2. Reseña Histórica del Hospital San Luis de Otavalo	9
2.2.3. Características de la población	12
2.2.4. Crecimiento poblacional	12
2.2.5. Hospital San Luis de Otavalo	12
2.2.6. Misión y visión	13
2.2.7. Objetivos del Hospital San Luis de Otavalo.....	14
2.2.8. Servicio de Ginecología.....	15
2.2.9. Departamento de Estadística.....	15
2.3. Marco Conceptual.....	16
2.3.1. Óbito fetal	16
2.3.2. Embrión	16
2.3.3. Feto	17
2.3.4. Adolescencia.....	17
2.3.5. Muerte fetal intrauterina.	17
2.3.6. Embarazo precoz.....	17
2.3.7. Edad gestacional.	18
2.3.8. Clase social.	18
2.3.9. Diagnóstico.	18

2.3.10. Pruebas diagnósticas.....	19
2.3.11. Complicaciones.....	19
2.3.12. Factores de riesgo.....	20
2.3.13. Causas.....	22
2.4. Marco Legal.....	24
2.5.2. Plan Nacional del Buen Vivir.....	26
2.5. Marco Ético.....	30
2.5.1. Código Deontológico para la profesión de enfermería.....	30
2.5.2. Elementos del Código.....	31
2.5.3. Derechos del paciente.....	33
CAPÍTULO	
III.....	36
3. Metodología.....	36
3.3. Diseño de investigación.....	36
3.4. Tipo de investigación.....	36
3.5. Localización y ubicación del estudio.....	37
3.6. Población.....	37
3.6.1. Universo.....	37
3.6.2. Criterios de exclusión.....	37
3.7. Operacionalización de variables.....	37
3.8. Métodos de recolección de información.....	41
3.9. Análisis de datos.....	42
CAPÍTULO IV.....	42
4. Resultados de la investigación.....	43
CAPÍTULO V.....	57
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	57
5.3. Conclusiones.....	57
5.4. Recomendaciones.....	58

BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Tabla 1.Población del cantón	12
Gráfico 1.-Edad de pacientes con diagnóstico de óbito fetal	43
Gráfico 2. Etnia de Pacientes con Diagnóstico de Óbito fetal.....	45
Gráfico 3.- Estado civil de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.....	46
Gráfico 4.- Nivel de instrucción de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.	47
Gráfico 5.- Ocupación de pacientes con diagnóstico de óbito fetal	48
Gráfico 6.- Edad Gestacional de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.....	49
Gráfico 7.- Lugar de residencia/parroquia de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.	49
Gráfico 8.- Métodos diagnósticos de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.....	51
Gráfico 9.- Patologías asociadas al óbito fetal.	52
Gráfico 10.- Anamnesis de pacientes con diagnóstico de óbito.	53
Gráfico 11.- Relación entre edad e instrucción de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.	54
Gráfico 12.- Relación entre edad y estado civil de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.	55
Gráfico 13.- Relación entre instrucción y estado civil de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.....	56

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Autor: Ortiz Chunata Pamela Alexandra

Directora: Msc. Ximena Tapia Paguay.

Fecha: 18 de julio del 2016.

RESUMEN

El óbito fetal es un problema de salud a nivel mundial para lo cual se han realizado numerosos estudios, en los que se demuestra que los países en desarrollo son más frecuentes; el Ecuador no se queda fuera de este grupo es por ello que fue necesario realizar el tema “Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 - 2015”, cuyo objetivo fue identificar los factores que inciden al óbito fetal, de diseño cualitativa, no experimental, de tipo descriptiva, transversal, retrospectivo y documental, para lo cual se realizó una revisión completa de las historias clínicas de pacientes diagnosticadas con óbito fetal atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo; los resultados obtenidos fueron que el principal factor de riesgo es la edad; siendo las adolescentes el grupo más vulnerable la etnia indígena con un mayor porcentaje, del sector urbano y de instrucción primaria, en cuanto a las patologías relacionadas con mayor frecuencia fue la ruptura prematura de membranas, infección materna, preeclampsia, circular de cordón, placenta previa y violencia familiar; mientras que la edad gestacional de las pacientes se encontró entre las 30-33 semanas; se concluye que el cuidado prenatal es fundamental en las adolescentes ya que son el grupo de mayor riesgo y se recomienda el ministerio de salud realice una educación continua incentivando a los cuidados antes, durante y después del embarazo .

PALABRAS CLAVE: óbito fetal, factores de riesgo, causas, patologías asociadas.

SUMMARY

Stillbirth is a health problem worldwide for which there have been numerous studies in demonstrating that developing countries are more frequent; Ecuador is not left out of this group is why it was necessary to make the theme "Factors affecting fetal death in patients treated at the San Luis Hospital of Otavalo December 2012 - 2015", whose objective was to identify the factors affecting the stillbirth, qualitative design, not experimental, descriptive, transversal, retrospective and documentary, for which a complete review of the medical records of patients diagnosed with fetal death treated at the San Luis Hospital of Otavalo was made; the results were that the main risk factor is age; it being adolescents the most vulnerable indigenous ethnic group with a higher percentage of the urban sector and primary instruction regarding related pathologies most frequently was premature rupture of membranes, maternal infection, preeclampsia, accident cord, placenta previa and family violence; while the gestational age of the patients was between 30-33 weeks; what it is concluded that prenatal care is essential in adolescents as they are the group most at risk and the health ministry recommended conduct a continuing education encouraging care before, during and after pregnancy.

KEYWORDS : fetal death , risk factors , causes, associated pathologies.

TEMA:

Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 - 2015

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento del problema

La frecuencia de muerte fetal varia, siendo estimada en todos los embarazos en 1%, afecta alrededor de 3 millones de embarazadas por año en todo el mundo, de las cuales el 98% ocurre en países de bajo y mediano nivel socio-económico. El índice de muerte fetal tardía en México ha tenido un descenso en los últimos diez años, sin embargo, se considera un problema de salud pública. El objetivo es conocer el índice de muerte fetal tardía y los factores de riesgos obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. (1)

El óbito fetal se ha tomado en cuenta como un problema de salud que desencadena un sin número de consecuencias psicológicas y de físicas en las mujeres que los han padecido es por esta razón se ha implementado múltiples de estrategias, sin embargo las cifras nos muestran un 1643 casos a nivel nacional, a nivel provincial 19 casos en el año 2013 es por esto que es necesario complementar los cuidados durante el embarazo. (3)

La escasa información hace difícil estimar los riesgos de la población y, por lo tanto, implementar planes preventivos en un evento que muchos casos puede evitarse. Estas condiciones hacen que la tasa de óbito fetal varíe entre países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo como el Ecuador, siendo mucho más elevado en aquellos en vías de desarrollo. La incidencia en los países desarrollados se estima entre 4,2 y 6,8

por 1000 nacimientos, mientras que en los países en vías de desarrollo ésta puede ser del 20 al 32 por 1000 nacimientos.

El seguimiento de casos de óbito fetal debe mantener la continuidad a fin de encontrar las razones principales del porque se producen estos casos en el mencionado Hospital.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que inciden al óbito fetal en mujeres atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo?

1.3. Justificación

Esta investigación se realizará a las mujeres atendidas, que estuvieron hospitalizadas con diagnóstico de óbito fetal desde diciembre 2012- diciembre 2015, Cabe recalcar que la muerte fetal intrauterina 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 San Luis de Otavalo, 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.

En esta investigación se realiza por la importancia de conocer cuáles son los factores que provocan el óbito fetal ya que en el Hospital San Luis de Otavalo 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.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Identificar los factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo diciembre 2012 a 2015.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características socio-demográficas de la población en estudio
- Determinar las patologías asociadas al óbito fetal
- Clasificar los ingresos y egresos de las pacientes con óbito fetal según semanas de gestación.
- Diseñar un taller de capacitación dirigido al grupo de riesgo socializando los resultados obtenidos.

1.5. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes con diagnóstico de óbito fetal en el HSLO?

¿Cuáles son las patologías asociadas al óbito fetal?

¿Cuáles son los ingresos y egresos de las pacientes con óbito fetal según semanas de gestación?

¿Para qué diseñar un taller de capacitación dirigido al grupo de riesgo socializando los resultados obtenidos?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

Para este estudio se ha tomado las referencias de investigaciones realizadas a nivel mundial y local en cuanto al tema de investigación.

2.1. Marco Referencial

2.1.1 Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil.

Dra. Matilde Hidalgo de Procesa I en el lapso del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013; cuyo actor fue Nubia Anahí Vásquez Morán que nos demuestran que las causas más frecuentes por las que se produce óbito fetal fueron: ruptura prematura de membranas, en edad materna menores de 25 años y con una edad gestacional mayor a 28 semanas que coinciden con datos obtenidos en otros países, con excepción de la edad que se demostró en este país fueron en pacientes menores de 25 años y en otros países en las mujeres mayores de 25 años. (2)

2.1.2. Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados realizado en el Hospital de Ginecología y Obstetricia.

Del Instituto Materno Infantil del Estado de México en el año 2012, cuyos autores fueron Katy Xóchitl Trejo Valencia, José Fernando Ávila Esquivel, Rosa Virgen Pardo Morales en el que indica el índice de muerte fetal tardía en México ha tenido un descenso en los últimos diez años, sin embargo se considera un problema de salud

pública. El objetivo es conocer el índice de muerte fetal tardía y los factores de riesgo obstétricos, perinatales y socioeconómicos asociados en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM) en un periodo de dos años (2009-2010). Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal de 72 casos de muerte fetal tardía que se presentaron en el hospital de estudio en el periodo referido. El índice de mortalidad fetal tardía en este hospital en el periodo referido fue de 4.45 casos por 1,000 nacidos vivos; los factores de riesgo socioeconómicos predominantes fueron el nivel escolar secundaria y nivel económico medio. De los factores de riesgo obstétricos, la edad promedio de la paciente fue de 25.5 años. (1)

2.1.3. Análisis de muerte fetal tardía

Análisis de muerte fetal tardía Hospital General de Ecatepec, Instituto de Salud del Estado de México, realizada en el año 2014 cuyo autor es Martín Noé Rangel Calvillo. Que explica que uno de los indicadores de mayor peso en la atención prenatal y trabajo obstétrico es el monitoreo y estudio de la muerte fetal tardía, que cuando sobrepasa los rangos esperados indica un problema de atención. Como causas de la muerte fetal tardía se encuentran problemas infecciosos, la eritroblastosis fetal, diabetes mellitus materna y retardo en crecimiento intrauterino. Existen recomendaciones específicas para reducir la muerte fetal, las que están publicadas en la Norma Oficial Mexicana. Se obtuvieron un total de 18,520 nacimientos durante los tres años que duró el estudio. La tasa de mortalidad perinatal fue de 31.53, la razón de mortalidad fetal de 32.18 y la tasa de mortalidad fetal de 31.17. (4)

2.1.4. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México.

En el año 2011 en la ciudad de Santiago y Geonna, autores son: J. Guadalupe Panduro B, J. Jesús Pérez M., Elizabeth Guadalupe Panduro M, Juan Francisco Castro H, María Dolores Vázquez G. En el que se concluye que la muerte fetal tardía, se asocia a diversos factores de riesgo, siendo el principal, sobre el que giran los demás, la atención prenatal inadecuada, por lo que se sugiere mejorar la atención prenatal, con un mayor número de consultas distribuidas a lo largo del embarazo, otorgadas con calidad y calidez, prestando especial atención en los factores de riesgo, que de ser identificados y abordados de forma adecuada, quizá se pueda evitar una muerte fetal con toda la tragedia personal y familiar que esto representa. (5)

2.1.5. Muerte fetal

Esta investigación se realizó en el año 2014 en la ciudad de Condes – Chile cuyos autores son Dr. Andrés Pons G., Dr. Eduardo Sepúlveda S, Dr. Juan Luis Leiva B, Dr. Gustavo Rencoret P, Dr. Alfredo Germain y se llegó a la muerte fetal intrauterina ocurre en Chile, así como en países desarrollados, en una frecuencia aproximada de 5 por 1.000 nacidos vivos. Las causas por grupo son lideradas por las causas fetales y placentarias, quedando un porcentaje importante sin diagnóstico. (6)

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Caracterización del Hospital San Luis de Otavalo

El Área de Salud No. 4 Otavalo, es una de las cuatro áreas que conforman la provincia de Imbabura; cuenta con 14 unidades operativas, incluido el Hospital Cantonal de referencia San Luis de Otavalo. Siendo una unidad de segundo nivel de atención y una capacidad resolutive media.

2.2.2. Reseña Histórica del Hospital San Luis de Otavalo

El historiador de Juan Navas en su obra Ibarra y sus provincias señala que sin duda alguna para el año 1592, en el hospital de Otavalo estaba funcionando en el servicio.

Don Antonio Estévez Mora en el año 1863 en su testamento en la ciudad de Quito en una de las clausulas se lee “Dejo a mi país natal Otavalo mis haciendas Peribuela e Italqui, para que se funda un Hospital en esa ciudad”. No se cumplió y contrariando su voluntad el Gobierno Garciano entrego a la curia.

Pasa más de medio siglo sin que nada se haga a favor de esta obra necesaria para Otavalo, en 1923 por iniciativa de una monja, de nombre Lucia Sornear Superiora del Colegio Inmaculada organiza, La liga de la Cariadad Pro Hospital de Otavalo el trabajo realizado por largos años, tiene como resultado la adquisición de 1924 de un lote, que es parte actual Hospital.

El 11 de octubre de 1925 acto solemne, se coloca la primera piedra del edificio, bendecida por el Obispo de la Diócesis de Ibarra, Dr. Alberto María Ordoñez. El Ilustre Otavaleño Don Leopoldo N. Chávez en su calidad de Ministro de Previsión Social en el año 1943, logra poner en marcha los trabajos teniendo que demoler toda la construcción y empezar nuevamente gracias a la ayuda y cooperación del Instituto de Asuntos Internacionales, teniendo en cuenta lo difícil que fue terminar la obra por falta de la disponibilidad económica, motivo por el cual el pueblo Otavaleño leal a su tierra y con amor formo el comité el que se encargó de culminar con esfuerzos y con la firma de un nuevo contrato por parte del Presidente Galo Plaza Laso el 11 de agosto de 1951, para el equipamiento por un valor de 714.000,00. Sucres.

El Dr. Fernando Pareja González logro que se reconozca y devuelva la hacienda que según testamento correspondía al hospital, la justicia prevaleció sobre los fundamentalistas prejuicios. Se recibe la obra del Hospital San Luis Otavalo, el 22 de mayo de 1953.

Las atenciones que brinda el Hospital de Otavalo son:

- Consulta externa dirigido por Dr. Manuel Calderón.
- Clínica General y Pediatría liderados por: Dr. Germánico Endara.
- Cirugía conducida por: Dr. Edmundo Moreno.
- Ginecología dirigida por: Dr. Carlos Bastidas y Sr. Luis Proaño.
- Laboratorista liderada por: Sta. Aida Pacheco,
- Interno Residente Germánico Pinto Dávila.
- Jefe de Enfermeras Srta. Teresa Cabascango.

Se cierra de esta manera una nueva etapa de servicio público del Hospital San Luis de Otavalo a la comunidad del norte y sur del país. A los catorce años la junta administrativa de esta casa de salud alcanzó los más altos estándares de calidad, así

como de prestigio, sin embargo, no escapo a los vaivenes de la política local para cuestionar la gestión sin argumentaciones válidas pero aun así los Otavaleños supieron defender lo que tanto esfuerzo costo.

En la infraestructura hospitalaria para la atención, con la ampliación de la capacidad de 120 camas junto con el personal técnico, administrativo y de servicios generales, en 1987 se realizó la entrega de las nuevas instalaciones.

En el periodo 2004 – 2005, el hospital fue atendido con el proyecto del sistema de termo ventilación, calidad de atención de los usuarios del centro quirúrgico así como del personal específico del área. El año 2006 se presenta para el cambio para todo el sistema de calderos y sus instalaciones, el Ministerio de Salud y la compañía COMEGUR entregan en 90 días, realizando el reclamó del incumplimiento de esta obra que es prioritaria. El crecimiento poblacional, migraciones internas, desarrollo económico, aplicación de políticas son factores que inciden para que el hospital crezca como unidad de mayor complejidad con la necesidad de ampliar las especialidades como traumatología siendo así que se implementa esta nueva especialidad teniendo una muy buena acogida en la ciudad.

Las remodelaciones de áreas físicas, como la construcción de nuevos espacios para el mejoramiento de la calidad atención, se logró por el apoyo de instituciones públicas como privadas y con presupuesto propio; ejemplos centro materno infantil, casa del oxígeno, hospitalización ginecología, laboratorio clínico, rehabilitación, farmacia, bodega que no cumplen con las especificaciones técnicas, en el 2007 se estudió el nuevo sistema de red de agua potable.

2.2.3. Características de la población

Tabla 1.
Población del cantón.

Otavaló	Urbano	Rural
104.874	51.512	53.693
Masculino		
50.446	21.194	22.174
Femenino		
54.428	22.965	23.885
Participación femenina de la PAE		
32.80	40	28

Fuente: Departamento estadístico del Hospital San Luis de Otavaló

2.2.4. Crecimiento poblacional

De acuerdo a las proyecciones del INEC el crecimiento de la población para la provincia de Imbabura será de 5.69%, la población de Imbabura en el censo del año 2010 es de 400.359 habitantes, el cantón Otavaló tenía 56.286 habitantes; en la tabla que antecede se puede observar que para el censo 2001 la población aumentó a 90188 habitantes y para el censo 2010 se incrementó a 104874 habitantes, de los cuales el 48.10% de hombres y el 51.9% son mujeres. (7)

2.2.5. Hospital San Luis de Otavaló

Actualmente el Hospital San Luis de Otavaló está dotado de 83 camas distribuido de la siguiente forma:

- 21 camas para el servicio de Medicina Interna.
- 19 camas para el servicio de Cirugía.
- 20 camas para el servicio de Ginecología.
- 23 camas para el servicio de Pediatría.

El HSLO tiene los siguientes servicios de hospitalización, consulta externa, quirófano, emergencia, laboratorio, psicología, psiquiatría, dietética y nutrición, los departamentos de trabajo social, estadística.

El personal de salud consta de:

3 cirujanos, 1 médico internista, 1 traumatólogo, 3 anesestesiólogos, 1 psicóloga, 1 psiquiatría, 1 obstetra, 4 ginecólogos, 1 médico postgradista, 2 pediatras, 2 nutricionistas, 3 bioquímicos, 1 trabajadora social, 25 médicos residentes, 39 auxiliares de enfermería, 53 enfermeras. (Hospital, 2013).

2.2.6. Misión y visión

- Misión

Brindar una atención que de confianza y seguridad al usuario que acude a consulta externa, emergencia y hospitalización. Ser líder en calidad y calidez de servicio.

- Visión

Contribuir a la atención oportuna y eficiente a las personas que requieren los servicios de este hospital.

2.2.7. Objetivos del Hospital San Luis de Otavalo.

- Objetivo General.

Proporcionar atención integral a los usuarios, familia y comunidad con participación de los demás miembros del equipo de salud, haciendo hincapié en la integración docente asistencial y en el proceso de enfermería.

- Objetivos Específicos:

Brindar atención integral, integrada, con enfoque intercultural de acuerdo a la realidad local de los usuarios que asisten a esta casa de salud, con distintas patologías clínico quirúrgicas en las áreas de: Ginecología, Centro/obstétrico, Medicina. Interna, Pediatría, Neonatología, Cirugía, Traumatología, Centro Quirúrgico y Enfermería.

Desarrollar programas de educación en servicio en forma Participativa con el equipo de salud, dirigido a usuarios y grupos Organizados

Realizar estudios investigativos de acuerdo a la realidad y Necesidad local y plantear propuestas de cambio que permitan mejorar la calidad de atención de los servicios de salud.

2.2.8. Servicio de Ginecología

- Misión

Brindar atención de calidad y calidez, respetando la interculturalidad del binomio madre e hijo utilizando normas técnicas disciplinarias y administrativas.

- Visión.

Lograr que el servicio de ginecología alcance las metas y objetivos propuestos obteniendo estándares de calidad, brindando una adecuada atención en beneficio del individuo, familia y comunidad.

2.2.9. Departamento de Estadística

- **Antecedentes**

En el área 4 de salud, Hospital San Luis de Otavalo, específicamente en el Departamento de estadística recoge información de mucha importancia las cuales permiten evidenciar la producción y cobertura de atención que se brinda en los distintos servicios que brindan esta casa de salud, además de recolectar la información de los distintos Sub Centros de Salud de la ciudad, por cuanto es necesario el buen manejo de los documentos e información que es primordial para el buen desarrollo del área de Salud en general. Uno de los problemas visibles en el departamento es que no se encuentra estructurado de forma adecuada, por lo que es necesario un análisis, estudios para el mejoramiento y buen manejo de la información para posteriores estudios ya que son documentos legales.

- Misión.

Contribuir a la atención oportuna y eficiente a las personas que requieren los servicios de este departamento.

- Visión.

Brindar una atención que de confianza y seguridad al usuario que acude a consulta externa, emergencia y hospitalización; ser líder en la calidad y calidez del servicio.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Óbito fetal

Un óbito fetal se define como la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 o de fetos con peso mayor de 500 g, lo cual correspondería a un feto de 22 semanas de gestación, en caso de no conocerse la edad de gestación por otro método. El feto no muestra signos de vida al nacimiento, ni responde a las maniobras de reanimación y no corresponde a una terminación inducida del embarazo. (8)

2.3.2. Embrión

Fase del desarrollo de un nuevo ser vivo, resultado de la fecundación de un femenino por uno masculino, hasta el comienzo de la vida autónoma. En los mamíferos, el embrión recibe el nombre de feto a partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece. (9)

2.3.3. Feto

Fase del desarrollo que inicia en la semana nueve y termina con el nacimiento, en esta etapa predomina la actividad de maduración de órganos y sistemas. (10)

2.3.4. Adolescencia.

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida. (11)

2.3.5. Muerte fetal intrauterina.

La muerte fetal es un evento poco frecuente, pero de gran repercusión afectiva para los padres involucrados y su entorno. En el presente artículo revisaremos la epidemiología, las causas, orientaremos a los médicos en los pasos a seguir para realizar adecuadamente el estudio, la resolución del embarazo y el manejo del embarazo siguiente junto con las estrategias para prevenirlo. (12)

2.3.6. Embarazo precoz.

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. (13)

2.3.7. Edad gestacional.

La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas. Los bebés nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y después de la semana 42 se consideran pos maduros. (14)

2.3.8. Clase social.

Se refiere a los grupos sociales que se forman por las relaciones económicas recíprocas establecidas entre personas. Estas relaciones están determinadas por las formas de propiedad y trabajo de una sociedad, y sus relaciones por medio de la producción, distribución y consumo de bienes, servicios e información. (15)

2.3.9. Diagnóstico.

El diagnóstico de muerte fetal tiene un fuerte impacto emocional sobre los familiares por lo que parece sensato finalizar la gestación tras su diagnóstico. Iniciar el parto en menos de 24 horas parece disminuir la ansiedad materna. Sin embargo, en casos seleccionados de pacientes asintomáticas y sin factores de riesgo, se puede

considerar la inducción del parto diferida 12-24 horas. Para realizar el diagnóstico precoz de las complicaciones maternas se debe solicitar un hemograma y un estudio urgente de coagulación, incluido niveles plasmáticos de dímero. El nivel plasmático de fibrinógeno es el valor más útil para el diagnóstico de la coagulación intra vascular diseminada subclínica. En la gestación con feto muerto la vía vaginal debe ser de elección para finalizar la gestación, tanto para fetos en presentación cefálica como en podálica. La situación transversa en gestaciones avanzadas se debe intentar convertir en longitudinal tras evaluar los riesgos de la versión. La cesárea se debe reservar para indicaciones maternas. (16)

2.3.10. Pruebas diagnósticas.

Estudio más indicado para el diagnóstico de muerte fetal es ultrasonido en tiempo real. Idealmente el ultrasonido en tiempo real debe disponible en cualquier momento en las unidades médicas que cuentan con este recurso.

El estudio ultrasonido es un método adecuado y seguro para el feto cuando se utiliza apropiadamente es útil para determinar la edad gestacional, numero de fetos, viabilidad, crecimiento fetal, y localización placentaria, localización del cordón, umbilical cantidad de líquido amniótico, y malformaciones. Si por ultrasonido se encuentra dificultades técnicas para realizar el diagnóstico de muerte fetal debido a la obesidad, oligoamnios, puede utilizarse doppler. (17)

2.3.11. Complicaciones.

Dependiendo de los factores, estos pueden alterar el desarrollo de las semanas del embarazo en cualquier momento. De forma resumida vamos a hablar de algunos de estos riesgos, información que posiblemente resultará muy valiosa para las futuras madres.

En términos generales se pueden considerar factores de riesgo en el embarazo los antecedentes de pre eclampsia o eclampsia, en el primer caso es una complicación caracterizada por una subida de tensión que resulta peligrosa para madre e hijo, aunque se desarrolla al principio del embarazo, no muestra sus síntomas hasta el segundo o tercer trimestre de la gestación. La eclampsia, es un factor de riesgo que se desarrolla a partir del quinto mes del embarazo y que se manifiesta especialmente durante las últimas semanas. Se considera a la eclampsia una forma agresiva de pre eclampsia (18).

2.3.12. Factores de riesgo.

Es importante detectar estos factores de riesgo en la primera visita prenatal para poder hacer recomendaciones sobre ellos. Sin embargo, la mayoría de estos factores tienen un valor limitado en la predicción de muerte fetal cuando se presentan de forma aislada.

- Muerte fetal previa. Las mujeres con este antecedente presentan, según la literatura, un riesgo de 5 a 10 veces mayor de recurrencia, por lo que deben recibir una adecuada atención prenatal y vigilancia del embarazo posterior.
- Diabetes. Un reciente meta análisis sobre el cuidado prenatal de las mujeres diabéticas estima que el 10% de muerte fetal asociado a la diabetes puede prevenirse con la detección temprana y control.
- Edad materna y nuliparidad. La edad materna avanzada es un factor de riesgo independiente de muerte fetal, incluso después de considerar las condiciones médicas que son más probables en estas pacientes. En comparación con las mujeres.

- Raza. Los estudios han demostrado consistentemente que las mujeres de raza negra tienen el doble de riesgo de muerte fetal que las mujeres blancas, incluso cuando se evaluaron sólo las mujeres que recibieron atención prenatal adecuada 11,13. Otros factores que pueden contribuir a la disparidad racial de muerte fetal incluyen la genética, el medio ambiente, el estrés, los problemas sociales y el comportamiento personal.
- Drogas y tabaco. Estudios de casos y controles y de cohorte han demostrado un riesgo relativo de muerte fetal en los fumadores entre 1,2 a 1,4. También se ha informado del aumento del riesgo de muerte fetal entre las usuarias de cocaína.
- Obesidad. La obesidad es un factor de riesgo significativo modificable de muerte fetal. Un estudio publicado en 2014 sugiere que el 20% de los nacidos muertos y, en particular, una de cada cuatro muertes fetales a término están asociados con obesidad materna. A su vez una revisión sistemática publicada en 2014 reveló que las mujeres con un IMC de 40 presentan el doble de riesgo de muerte fetal en comparación con las mujeres con un IMC de 20. El riesgo de muerte fetal aumenta con el incremento de índice de masa corporal 13. Por lo que parece razonable recomendar a las pacientes con sobrepeso y obesas, tanto pre gestacional como durante la gestación, hábitos dietéticos saludables, así como ejercicio.
- Embarazo gemelar. La tasa de muerte fetal por todas las causas es mayor en fetos de una gestación múltiple que en embarazos únicos (19,6 frente a 4,7 por cada 1.000 nacimientos). Este aumento se debe a complicaciones del embarazo gemelar (tales como el síndrome de transfusión feto-fetal y la secuencia TRAP), así como complicaciones tales como anomalías fetales y la restricción del crecimiento. (16)

2.3.13. Causas.

- Causa desconocida.- Una muerte fetal de causa desconocida es aquella que no puede ser explicada por una causa identificable fetal, materna, placentaria o de etiología obstétrica. Los datos varían de un 25% a un 60% de todas las muertes fetales, dependiendo de los sistemas de clasificación y de la evaluación del recién nacido (por ejemplo la causa de la muerte del feto en un niño que es pequeño para la edad gestacional puede atribuirse a la restricción del crecimiento fetal en algunos sistemas, pero se considera inexplicable en otros si la causa subyacente de la restricción del crecimiento es desconocida).
- Causas maternas (5-10%).- Diversas enfermedades maternas pueden dar lugar a alteraciones que derivan en la muerte fetal. Ejemplos de ellas puede ser la diabetes mellitus, alteraciones tiroideas, trastornos hipertensivos, infecciones, colestasis intra hepática, lupus eritematoso sistémico, etc.
- Causas fetales (25-40%). Restricción del crecimiento. De forma global se considera la segunda causa de muerte fetal intrauterina. Presuntamente se debe a una disfunción placentaria, que podría ser el origen del crecimiento restringido, de la muerte fetal y de parto pre término. La disfunción placentaria puede estar relacionada con numerosas enfermedades maternas. • Infecciones. Suponen aproximadamente la mitad de todas las muertes fetales en los países en vías de desarrollo, y del 10 al 25% de los nacidos muertos en los países desarrollados. La infección puede conducir a la muerte fetal como resultado de una enfermedad sistémica severa materna (por ejemplo, neumonía), disfunción placentaria debido a la infección de la placenta (por ejemplo, la malaria), o enfermedad sistémica fetal (por ejemplo, Escherichia coli). La infección fetal puede ser adquirida por vía transplacentaria o transcervical. Con el fin de atribuir la

infección como una causa de la muerte, debe haber evidencia histológica placentaria y fetal de la infección.

Hemorragia feto-materna. Una hemorragia feto-materna lo suficientemente grandes como para causar la muerte del feto se ha descrito hasta en un 5% de los nacidos muertos. Por lo general no hay etiología identificable; desprendimiento prematuro de placenta, vasa previa, corioangioma, coriocarcinoma, trauma materno, la versión cefálica, y la amniocentesis

- Causas placentarias (25-35%). Las causas placentarias de muerte fetal incluyen desprendimiento prematuro de placenta (representa el 10-20% de todas las muertes fetales), vasa previa, infección placentaria, malformaciones estructurales o vasculares, vasculopatía, y el infarto. Por lo que el examen macroscópico y microscópico detallado de la placenta se debe incluir en el estudio de la muerte fetal.
- Complicaciones del cordón umbilical. Aunque las circulares al cuello y los nudos son relativamente comunes, una constricción vascular suficientemente grave como para matar al feto ocurre raramente. La presencia de una circular de cordón o nudo puede proporcionar al clínico y al paciente una posible explicación inmediata de la muerte fetal. Sin embargo, atribuir la causa de la muerte a una complicación funicular se hará sólo después de una búsqueda minuciosa de otras causas y cuando hay otros hallazgos que apoyan este diagnóstico. Alteraciones uterinas. La alteración uterina frecuentemente asociada con la muerte intrauterina fetal en la rotura uterina. (16).

2.3.14. Apoyo psicológico.

Es importante entender el impacto emocional que este hecho supone sobre los padres, para así poder apoyarles de forma adecuada. Incluso en los entornos de recursos altos donde es posible disponer de apoyo psicológico, una de cada cinco madres sufre una considerable depresión a largo plazo, ansiedad o trastorno de estrés postraumático después de una muerte fetal intrauterina. Los resultados de algunos estudios también demostraron que sufrir tal evento podría afectar la paternidad posterior y provocar la disolución del matrimonio. (16)

2.4. Marco Legal

Constitución Nacional de la República del Ecuador

El estado debe cumplir con las leyes que se han establecido en la constitución, por lo cual se lo ha dividido por capítulos y secciones para su mayor comprensión. Cabe recalcar que los siguientes artículos a mencionarse se relacionan de alguna manera con el trabajo de investigación. (19)

“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. 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”.

“Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad”.

“Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia”.

“Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

- *Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente...*

- *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.*
- *Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección”.*

“Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición...” (19)

2.5.2. Plan Nacional del Buen Vivir.

Régimen del Buen Vivir

El sistema nacional de salud ha establecido reglamentos con la finalidad de ofrecer a la población ecuatoriana sistemas aptos para preservar y fomentar la salud de manera integral, de entre los cuales se mencionan:

“Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de

bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”.

“Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”.

“Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. ”

“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”.

“Art. 363.- El Estado será responsable de:

- 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.*
- 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura...*
- 5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución...*
- 7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.*
- 8. Promover el desarrollo integral del personal de salud”.*

“Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley”.

Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador

Enfermería además de ser una profesión mayoritariamente humanitaria se rige en acciones responsables que se deben cumplir de manera legal para lo cual se ha establecido esta ley dirigida a los enfermeros y enfermeras del Ecuador.

Capítulo Segundo - de la Profesión

“Art. 7.- Son competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros...:

e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno;

f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud; y,

g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad”

Capítulo Tercero - de los Derechos y Obligaciones

“Art. 13.- (Reformado por la Ley s/n, R.O. 294-2S, 6-X-2010).- Son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente Ley, las siguientes:

- Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente;*
- Brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada y de calidad;*
- Dar estricto cumplimiento a las prescripciones y tratamientos indicados por el médico;*
- Las enfermeras y enfermeros están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencias, guerras y otras situaciones de gravedad que afecten al país; y,*
- Las demás que les asigne esta Ley y su Reglamento”.*

Objetivo 3: “Mejorar la calidad de vida de la población”.

Mejorar la calidad de vida de la población Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Metas:

Meta 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 72%

Meta 3.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil a 6 muertos por cada 1.000 nacidos vivos. (20)

2.5. Marco Ético

2.5.1. Código Deontológico para la profesión de enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional de ética para enfermeras en 1953. Después se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es este examen y revisión completados en 2012.

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan

según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

2.5.2. Elementos del Código

- La enfermera y las personas

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.

La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

- La enfermera y la práctica

La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.

La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.

La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.

La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.

- La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

La enfermera participará en el desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales.

La enfermera, actuando a través de la organización profesional, participará en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente.

La enfermera ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud.

La enfermera contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos. (21)

2.5.3. Derechos del paciente

- Recibir la atención médica adecuada. La paciente o el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

De igual forma, el paciente tiene derecho a ser informado sobre los procesos relacionados con su salud, efectos, costos y calidad, a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos.

- Recibir trato digno y respetuoso. La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. Así mismo, el paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.
- Recibir la información clara y oportuna. La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a ser oportunamente informado, por el médico tratante, sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos, y que se expresen siempre en forma clara y comprensible con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente.

- Decidir libremente sobre su atención y consentimiento informado. La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a través del consentimiento por escrito, y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública. El paciente debe ser informado sobre las consecuencias de su decisión.
- Ser tratado con confidencialidad. La paciente o el paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
- Contar con facilidades para contar con una segunda opinión. La paciente o el paciente tienen derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
- Recibir atención médica en caso de emergencia. Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido, atendido y estabilizado en su salud, inmediatamente, sin necesidad de pago ni trámite administrativo previo.
- Contar con un expediente clínico. La paciente o el paciente tienen derecho a recibir una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto a la información en ella contenida, y a que se le entregue su epicrisis.

- Otorgar consentimiento para ser sometido a estudios, investigación o ser donante voluntario. En situaciones en que un paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de que decida donar uno de sus órganos, deberá expresar su consentimiento de forma libre y voluntaria, de ser posible por escrito. La paciente mayor de edad al momento de fallecer, se convierte en un donante, a menos que en vida indique lo contrario. (22)

CAPÍTULO III

3. Metodología

3.3. Diseño de investigación

Es una investigación es de diseño cualitativo no experimental:

Cualitativo ya que se basa en el en la recolección de datos y el análisis de las actividades, relaciones, métodos, en estos casos de óbitos fetales.

No experimental porque no manipula las variables y describe los fenómenos así tal y como se presentan en el lapso determinado.

3.4. Tipo de investigación

Se realizó una investigación de tipo descriptiva de corte transversal

Descriptiva.- que describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Aquí los investigadores recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

De corte transversal: porque se realizó la investigación en un tiempo determinado, recolección de datos, análisis y descripción de los casos encontrados en un lapso de tiempo cortó.

Retrospectiva.- ya que se investigaron los acontecimientos del pasado basándose en los datos recolectados de las historias clínicas del periodo diciembre 2012 - 2015.

3.5. Localización y ubicación del estudio

La investigación se realiza en el Hospital San Luis de Otavalo específicamente en el servicio de Ginecología y el Departamento de Estadística. Ubicado en la ciudad de Otavalo en las calles Sucre y Estados Unidos.

3.6. Población

Esta investigación está enfocada a las mujeres atendidas en Hospital San Luis de Otavalo que tuvieron diagnóstico óbito fetal en el servicio ginecología en el periodo diciembre 2012- 2015.

3.6.1. Universo

Total de pacientes atendidas con diagnóstico de óbito fetal diciembre del 2012-2015 del Hospital San Luis de Otavalo.

3.6.2. Criterios de exclusión

En esta investigación no se maneja criterios de exclusión, ya que hemos tomado a la totalidad de la población a través de las historias clínicas.

3.7. Operacionalización de variables

Objetivo: Identificar las características socio-demográficas de la población en estudio

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas de la población en estudio	Constituye estructura influye tanto en los aspectos demográficos como en los sociales y económicos. Está definida por dos factores principales: la composición según la edad, es decir, la proporción de personas de diferentes edades que forman la población, y la composición según el sexo, es decir, el número de hombres y mujeres que constituye la población.	Características sociales	Edad	<17 18 – 21 22 – 24 25 – 28 29 – 32 33 – 36 >40
			Religión	Católica Cristiana Evangélica Ateo Adventista
			Etnia	Indígena Mestizo Negro Blanco Otros
		Características demográficas	Estado civil	Soltera Casada Unión libre Viuda
			Ocupación	Ama de casa

				Estudiante E. privada Comerciante
			Instrucción	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior Ninguna
			Procedencia	Urbano Rural

Objetivo: Determinar las patologías asociadas al óbito fetal

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Patológico asociadas al óbito fetal	Patologías causantes de la muerte intrauterina, las causas son múltiples y atribuibles a diversos orígenes: materno, fetal y ovular, y en parte desconocida. Durante el embarazo el feto puede morir por	Causas Maternas	Embarazo prolongado. Diabetes mellitus. Infecciones. Hipertensión arterial. Preeclampsia. Eclampsia.	Si No

			<p>Síndrome de Hellp</p> <p>Edad materna muy precoz o avanzada.</p> <p>Incompatibilidad RH.</p> <p>Ruptura uterina.</p> <p>Hipotensión severa materna.</p> <p>Muerte materna.</p>	
		<p>Causas Fetales</p>	<p>Gestación múltiple.</p> <p>Retardo de crecimiento intrauterino.</p> <p>Anomalías congénitas.</p> <p>Anomalías genéticas.</p> <p>Infección.</p> <p>Circular de cordón.</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
		<p>Causas Placentarias</p>	<p>Abrupto placentario.</p> <p>Rotura prematura de membrana.</p> <p>Placenta previa</p>	<p>Si</p> <p>No</p>

Objetivo: Clasificar los ingresos y egresos de las pacientes con óbito fetal según semanas de gestación.

Variables	Definición	Dimensiones	Indicador	Escala de medición
Semanas de gestación. Óbito fetal	La gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último período menstrual de la fecha estimada de parto. En el pasado, el período de 3 semanas antes hasta 2 semanas después de la fecha estimada del parto era considerado a término, con la expectativa de que los resultados neonatales de partos en este intervalo fueran uniformes y buenos.	Edad gestacional	Nº de pacientes según el ingreso por semana gestacional	22 – 23 24 – 25 26 – 27 >40

3.8. Métodos de recolección de información

Para la recolección de datos se emitió una solicitud de permiso al director encargado de la institución para acceder a la información actualizada en el departamento de estadística con relación a los casos de óbito fetal en las pacientes atendidas en el periodo diciembre 2012 – 2015, se tomó en cuenta la recolección de datos a través del check list.

Posteriormente se realizó la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de óbito fetal para verificar el registro del diagnóstico médico entre la historia clínica y la base de datos que se ha proporcionado. Se extrajeron datos sociodemográficos además de datos relevantes; se clasificó a los pacientes según las características sociodemográficas y antecedentes patológicos relacionados al tema en estudio.

3.9. Análisis de datos

Para esta investigación con los datos del check list, se ingresaron en una base de datos para ser analizados con el programa Microsoft Excel el cual se realizó el análisis de gráficos y tablas de los casos de óbitos fetales.

Para su análisis y tabulación se utiliza la estadística descriptiva que dicho programa ofrece, que incluye frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas y porcentaje para las cuantitativas, así como el uso de fórmulas automáticas, los resultados se presentaron en tablas y pasteles para su mejor comprensión

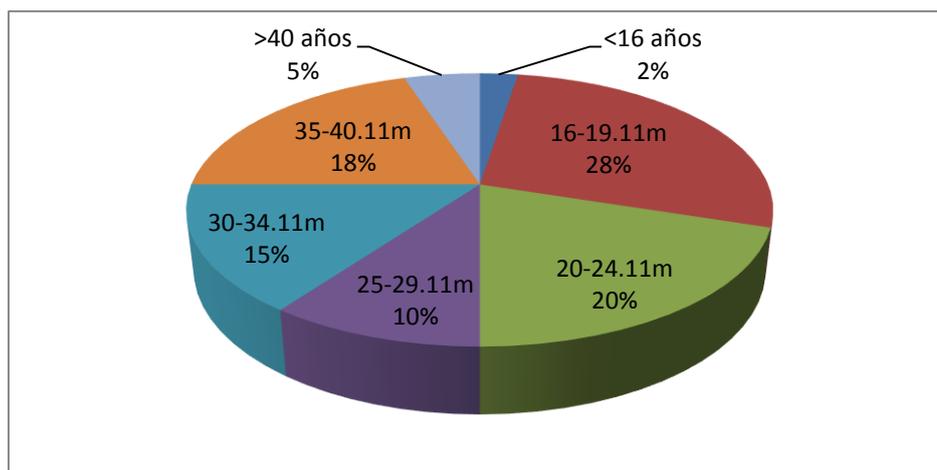
CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación.

Posterior al análisis de datos obtenidos se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales se detallan a continuación:

Gráfico 1.

Edad de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.



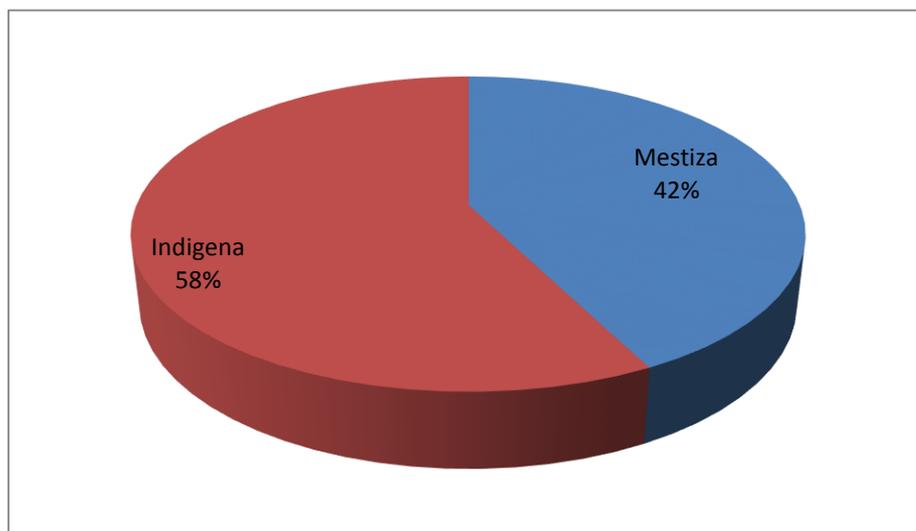
Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

Se evidencia que la edad predominante de las pacientes que presentan diagnóstico de óbito fetal es entre 16 y 19 años y entre 20 y 24 años, en comparación con la investigación realizada en Guayaquil que demuestra que de 22 datos clínicos recopilados 12 pacientes tiene una edad materna < de 25 años que corresponde al mayor porcentaje con un 54.5%, (2); con esto se indica que los adolescentes son vulnerables debido a múltiples factores uno de ellos y se puede decir el más importante, la falta de planificación familiar y prevención de embarazos no deseados a pesar que el Ministerio de Salud Pública ha venido trabajando en este aspecto, aún hace falta mucho por hacer.

Ya que por las diferentes tipos de causas como sociales y fisiológicas los adolescentes son un grupo de riesgo en la parte social tiene miedo, a la reacción de sus padres y ocultan el embarazo por lo tanto los control solamente se inician cuando ya se empieza a notar ya que solo lo llegan a tomar como un juego o cuando tienen alguna molestia y lamentablemente ya llega hacer muy tarde, dentro de las causas fisiológicas tenemos la inmadurez de su aparato reproductor siendo débil para llevar un embarazo a término.

Gráfico 2.

Etnia de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.



Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

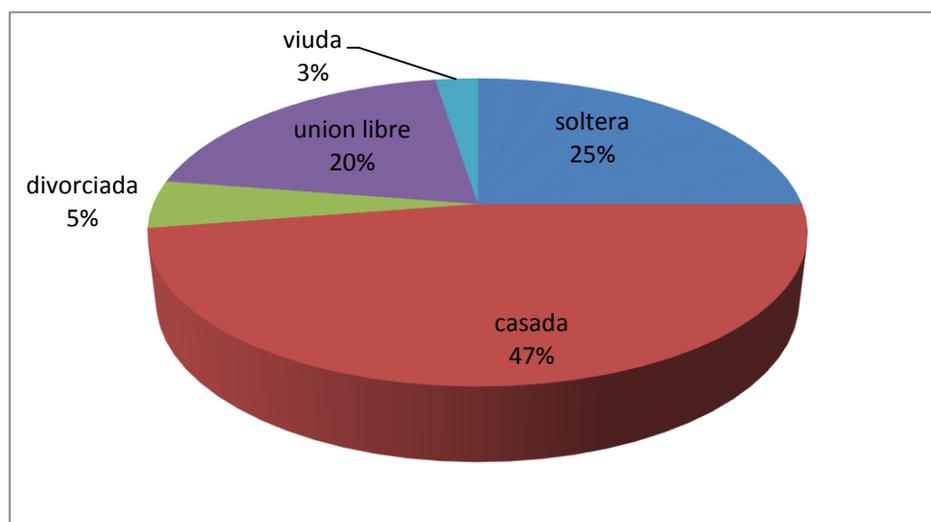
La etnia estudiada corresponde al 58% de indígenas de un total de 108.874 habitantes en el año 2010, según el INEC, de los cuales 54.428 son mujeres de todas las edades, este porcentaje de etnia indígena está de acuerdo a las cifras que brinda la encuesta del INEC, la cual indica que en el Cantón Otavalo predomina la etnia indígena, ya que son propios del lugar desde hace ya siglos, luego de la invasión española se formaron los mestizos.

En general el Ecuador es propiamente un país indígena y exclusivamente Otavalo está formado de indígenas siendo, que la mayoría de los casi 50 000 Otavaleños vive en los alrededores de la ciudad distribuidos en unas 75 comunidades entre las que se destacan: Peguche, San José de la Bolsa, Selva Alegre, Cotama, Agato e Ilumán.

Los procesos de lucha por la tierra, así como la cada vez mayor diversificación económica con llevó al desarrollo de distintas formas organizativas urbanas, rurales, de comunidades, de estudiantes, de artesanos, locales, cantonales y provinciales. (23)

Gráfico 3.

Estado civil de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.



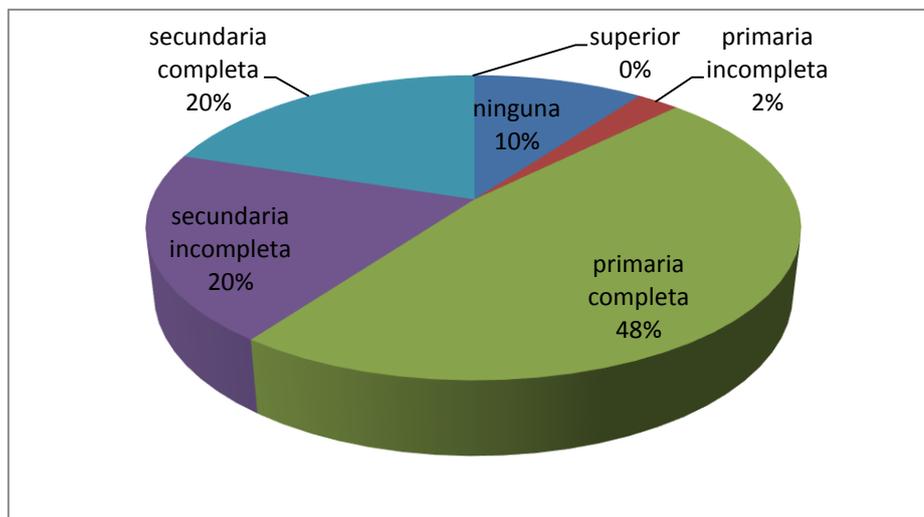
Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

De acuerdo al gráfico anterior el 47% de la población estudiada corresponde a estado civil casado; el INEC identifica a mujeres casadas en un 45%; al referir este porcentaje y relacionar con este estudio de J Guadalupe; el mayor número de casos de óbitos fetales es en esta población. Al hacer referencia una investigación realizada en Guadalajara en la cual tienen como resultado el 47,9% de estado civil casadas; tomado como factor de riesgo ya que al tener un compañero sexual; además de la responsabilidad en cuanto a la atención a él existe el riesgo de mantener una vida sexual activa por lo cual minimizan la responsabilidad que tienen con el nuevo bebé o aún más le dan más importancia a los niños que tienen en cuanto a su atención más no al embarazo por el que está cursando. (5)

En relación a los factores de riesgo asociados al óbito fetal, es importante mencionar que la vigilancia prenatal tiene un gran impacto en la disminución de la muerte fetal, ya que; si acudiera la paciente a controles médicos continuos se podrían determinar factores de riesgo; que con tomar las medidas adecuadas de prevención, una vigilancia prenatal más estrecha, así como se prestar mayor atención a la educación prenatal se podrían evitar muchas complicaciones que pudieran culminar con la muerte del feto.

Gráfico 4.

Nivel de instrucción de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.

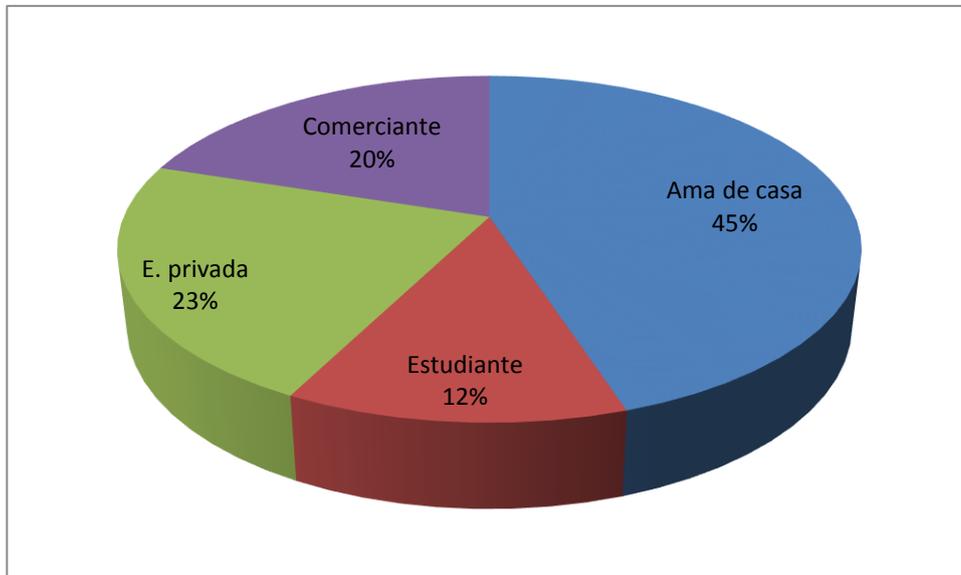


Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

El nivel de instrucción de las pacientes con óbito fetal corresponde a un 48% de primaria completa, un 20% de secundaria completa y ninguna de las mujeres del estudio tiene instrucción superior, datos establecidos por el (24), muestran que el analfabetismo ha disminuido manteniéndose así en la primaria completa, este dato puede ser la causa de la falta de conocimiento en cuanto a signos de alarma en el embarazo, número de controles obligatorios, a pesar de la gran cantidad de publicidad en cuanto a promoción de salud que realizan las unidades del MSP, aún existe personas que están fuera de esta capacitación. Los factores pueden ser muchos, quizá difícil acceso a las unidades, falta de tiempo por el exceso de trabajo y responsabilidad, pero nada se puede justificar con la falta de control brindado en el embarazo.

Gráfico 5.

Ocupación de pacientes con diagnóstico de óbito fetal



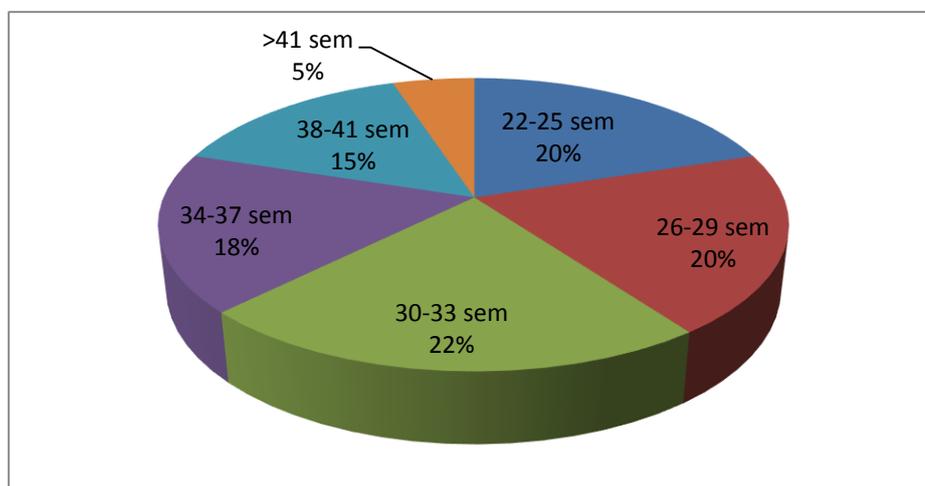
Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

La ocupación de las pacientes en estudio corresponde al 45% de amas de casa a diferencia el 12% de estudiantes tomando en cuenta que en la investigación: “Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía” en el que indica que la ocupación de las madres del grupo se dedicaban con mayor frecuencia al hogar y se registró una menor escolaridad en los casos, evidenciado en el grado de primaria o menos, la muerte fetal, a pesar de que es un problema grave de salud pública con serias repercusiones en la vida familiar, no se le da la importancia debida. (5)

Tomando en cuenta a las amas de casa como factor de riesgo se observa que son más amas de casa, enfocadas al cuidado del hogar teniendo en cuenta que los quehaceres del hogar requieren de gran esfuerzo físico, mental ya que es el centro del hogar.

Gráfico 6.

Edad gestacional de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.



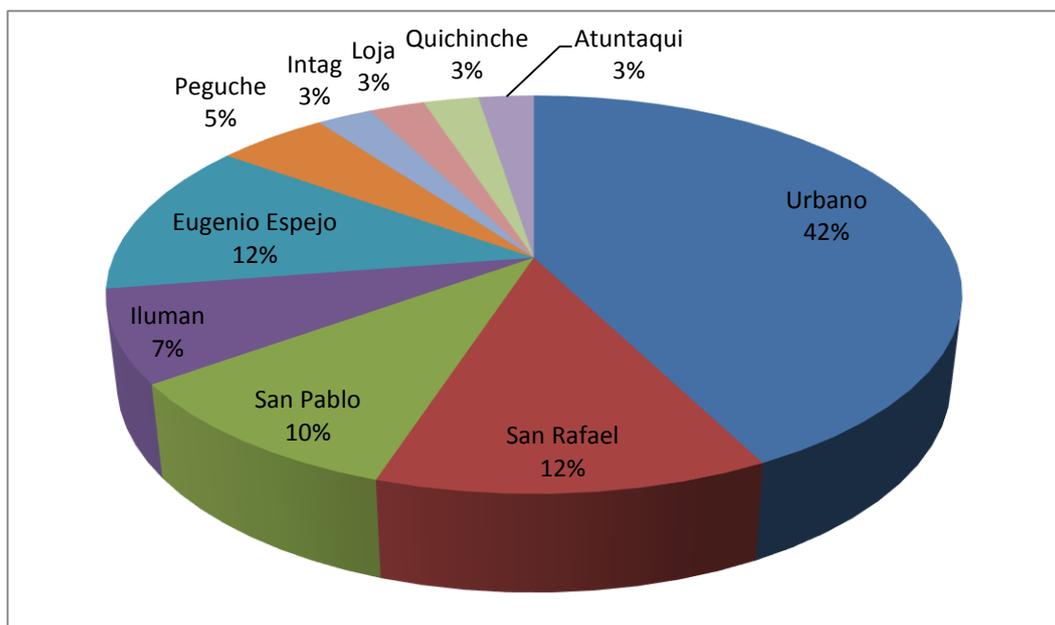
Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

Según el gráfico establecido se puede observar que la edad gestacional de las pacientes en estudio con mayor prevalencia es de 30 a 33 semanas de gestación, dato relacionado a la investigación realizada por el (24) en el que muestra que el óbito fetal se ha producido a partir de la semana 20 a 38 semanas, esto, además concuerda con la investigación de Colombia, siendo el mismo estudio de vital importancia en Latinoamérica, dado que en países en vía de desarrollo el principal factor de riesgo para muerte fetal intrauterina es el inadecuado control prenatal como lo describe Chistian Carreño, el cual demuestra que un control prenatal inadecuado aumenta el riesgo 3 veces de resultados perinatales adversos, además se ha reportado que la ausencia a control prenatal incrementa el riesgo de óbito fetal entre 3 a 7 veces (25), en tanto en la investigación de Nubia Vásquez demuestra datos recopilados de 22 pacientes; 12 pacientes tuvieron óbitos en gestaciones mayor de 28 semanas en un 54.5%, 10 de ellas tuvieron óbitos entre las semanas 20 a 27 de gestación que corresponde al 45.5%. (2)

Así que se debe tener mayor cuidado en esta etapa del embarazo manteniendo los controles adecuados para disminuir el riesgo de muerte fetal intrauterina tomando en cuenta que esta edad de gestación se producen un gran número de trastornos ya que está llegando al fin del embarazo.

Gráfico 7.

Lugar de residencia/parroquia de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.



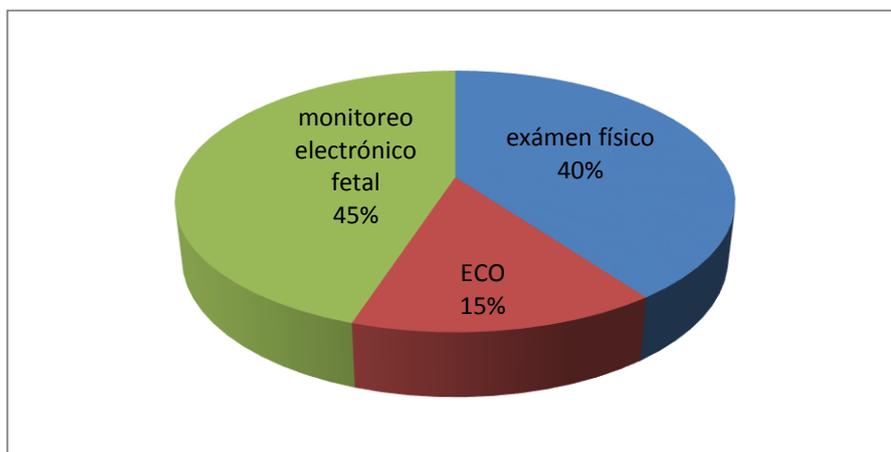
Realizados por: autora

Fuente: datos recogidos

En el gráfico que antecede se puede evidenciar que la procedencia de las pacientes con óbito fetal es mayoritariamente del sector urbano, sin dejar de lado el porcentaje obtenido de pacientes del sector rural; que tienen cifras significativas, esto preocupa, ya que, a pesar que las personas del sector urbano tienen un mejor acceso a los servicios de salud existe un porcentaje importante de óbito fetal, por a pesar de esto los datos obtenidos del área rural no se puede pasar desapercibido ya que aún más esas personas tendrían mayor dificultad para llegar a las unidades de salud, mantener un control de embarazo adecuado, periódico e integral. Al contrario de estos datos obtenidos por Angélica Paladines, indica que el 19% de mujeres habitan en zona urbana, mientras que el 5% habitan en zona urbana marginal (26), siendo así que las personas del sector rural tienen aún más dificultad para el acceso a las unidades asistenciales a pesar de esto se destacan por tener menos casos de óbitos; tomando en cuenta que el sector urbano tiene mayor facilidad para acceder a un centro de salud y aún más al hospital para obtener ayuda inmediata frente a cualquier complicación del embarazo.

Gráfico 8.

Métodos diagnósticos de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.



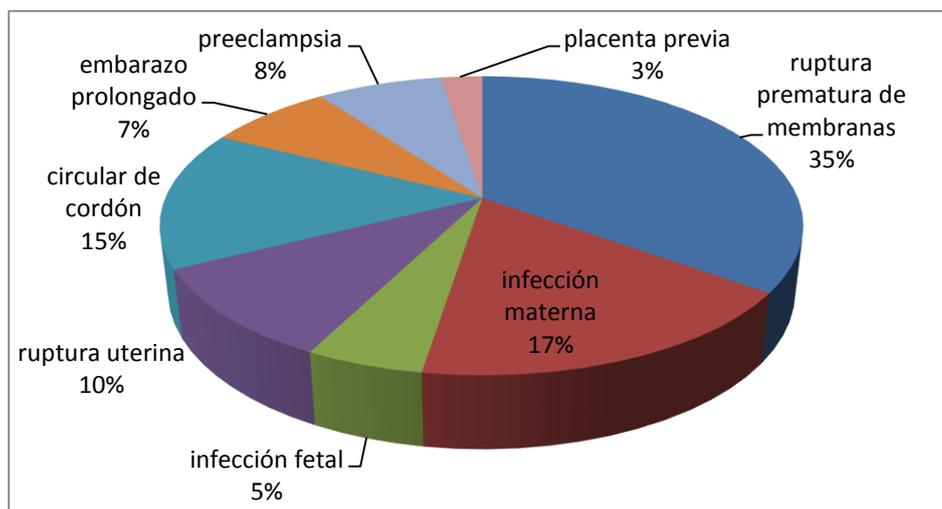
Realizados por: autora

Fuente: datos recogidos

De acuerdo al gráfico establecido demuestra que el método de diagnóstico más utilizado para identificar los óbitos fetales es el monitoreo electrónico fetal en 45% seguido del examen físico por 40%, mientras tanto el ECO es el menos utilizado en un 15%. Demostrando así que el examen físico y el monitoreo electrónico fetal son los métodos para diagnosticar el óbito fetal ya que con ellos se puede identificar los movimientos fetales, actividad uterina y para complementar y confirmar el diagnóstico se utiliza el ECO, con referencia a la investigación: Análisis de muerte tardía, que explica que uno de los indicadores de mayor peso en la atención prenatal y trabajo obstétrico es el monitoreo electrónico fetal como estudio de la muerte fetal tardía, que cuando sobrepasa los rangos esperados indica un problema de atención. (4). Una incapacidad para detectar los latidos cardíacos fetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo, esto no es concluyente y el óbito se debe confirmar mediante examen ultrasonográfico. Ocasionalmente la muerte fetal ocurre en una paciente que está siendo monitoreada por condición de alto riesgo. Infrecuentemente la muerte fetal ocurre durante el proceso de trabajo de parto. La muerte fetal se debería confirmar siempre mediante examen ecográfico, se diagnostica mediante la visualización del corazón fetal, la demostración y la ausencia de actividad cardíaca.

Gráfico 9.

Patologías asociadas al óbito fetal.



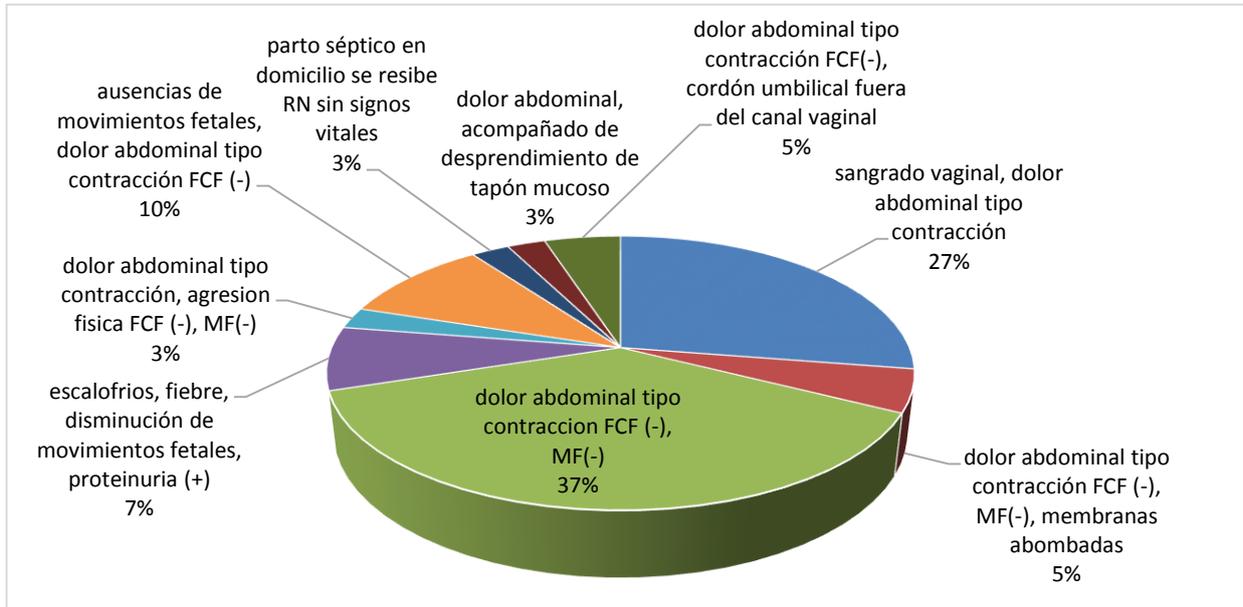
Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

De las patologías asociadas al óbito fetal se identifica como principal la ruptura prematura de membranas, seguida de la infección materna y el accidente de cordón, esta información mantiene una relación con el estudio realizado por la obstetra Nubia Morán en la que expone que la ruptura prematura de membranas es, en edad materna menores de 25 años y con una edad gestacional mayor a 28 semanas que coinciden con datos obtenidos en otros países (2). Mientras que la pre eclampsia, el embarazo prolongado y enfermedades genitourinarias en la madre tienen relación con la investigación: Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo, que prueba que tienen prevalencia en pacientes de mayor frecuencia de mortinatos, ocurrió en las pacientes con eclampsia y en aquellas con preeclampsia sobreañadida (25 % cada una). (28), el cuidado debe mantenerse, educar a las pacientes sobre los cuidados principales evitando todo tipo de complicaciones y si las hay tratarlas a tiempo para poder evitar el óbito fetal.

Ya que las infecciones son desencadenantes principales para la ruptura prematura de membranas, parto prematuro, abortos y óbito fetal. Tomando en cuenta que las pacientes lo toman muy a la ligera como una “simple infección” y para lo cual se auto medican complicando un más su caso.

Gráfico 10.

Anamnesis de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.

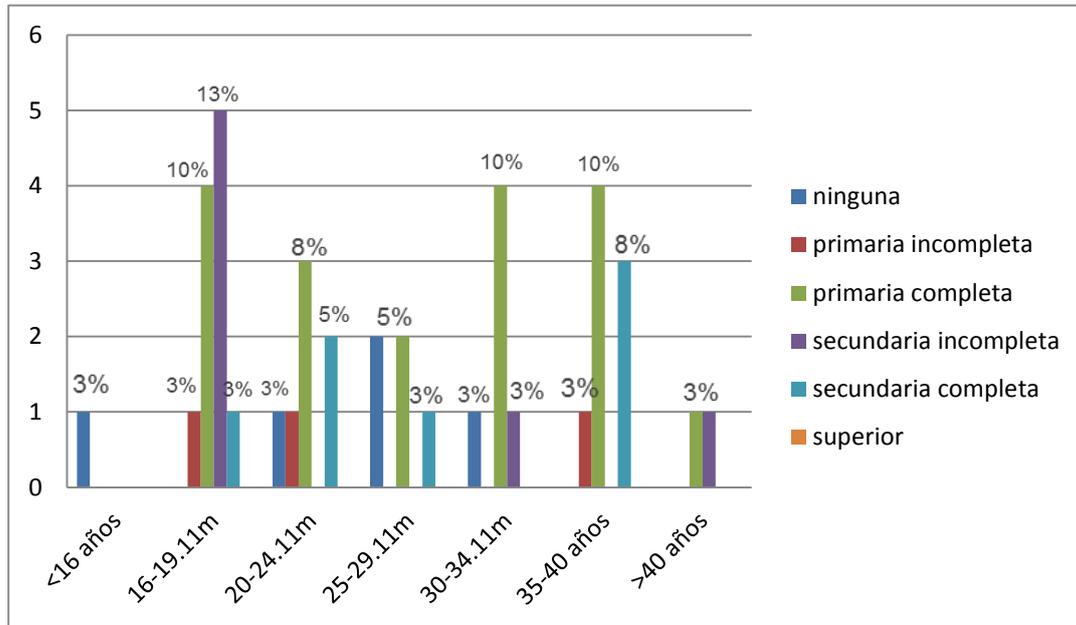


Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

Según la anamnesis realizada a las pacientes con diagnóstico de óbito fetal el dolor abdominal tipo contracción, frecuencia cardiaca fetal negativa, movimientos fetales negativos, es el síntoma y el signo que se presenta con mayor frecuencia seguido del sangrado vaginal, tomando en cuenta que en la investigación: Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal, tuvo mayor frecuencia de óbito fetal fue la edad materna menor a 15 años que sobresalió con un 54%, seguido de la rotura prematura de membranas con el 45.5%. (2), de igual forma en la investigación sobre las: Causas de Sufrimiento Fetal Agudo en trabajo de parto en adolescentes; el 70% de gestantes no presentó dolor tipo contráctil mientras que el 30% restante si lo presentó (29), siendo una manifestación para que acudan a los controles prenatales los cuales se asociaron con más frecuencia como causantes de óbito fetal ante síntomas "sospechosos" o "anormales" es recomendable acudir inmediatamente al centro de salud más cercano en el cual el personal le brindará atención adecuada para evitar y disminuir el que ocurra este desenlace fatal.

Gráfico 11.

Relación entre edad e instrucción de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.

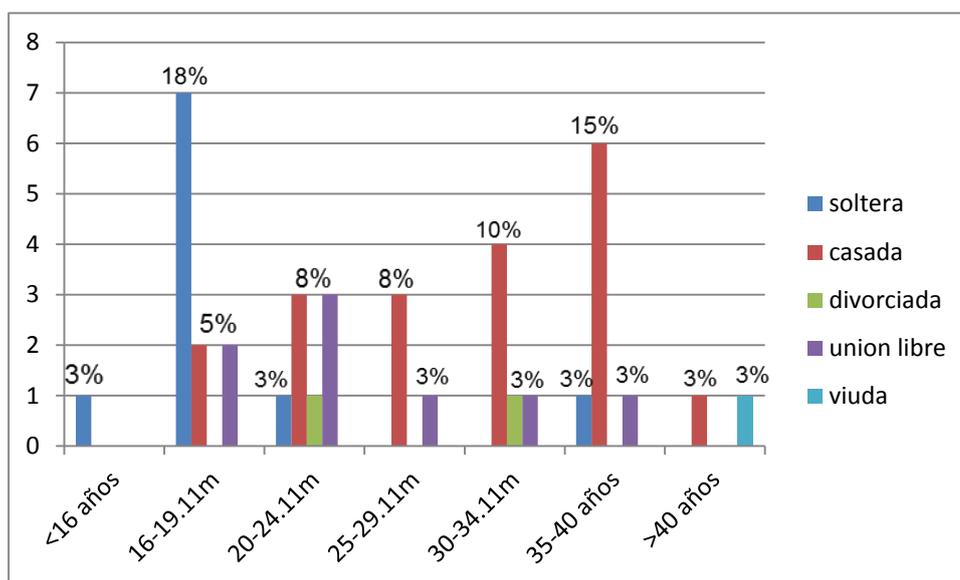


Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

En la gráfica que antecede se puede evidenciar que las pacientes de 16 a 19 años, 30 a 34 años y de 35 a 40 años tienen instrucción de primaria completa siendo así que la población tiene la formación básica completa en tanto en la investigación “Muerte fetal intrauterina” se observó en cuanto al grado de instrucción, las gestantes analfabetas represento 8.47% del grupo de casos en la edad 23 años (30), siendo así que el óbito fetal puede ocurrir a cualquier edad, sin embargo, las madres jóvenes (menores a 20 años) podrían ser más susceptibles de sufrir esta complicación fatal, mientras que en la investigación “Factores relacionados a la muerte fetal en Machala” indica que las mujeres de 15-19 años de edad tenían una instrucción primaria mientras que el 3% de 30-34 años secundaria (26), siendo que a mayor nivel educativo menor será la presentación de casos de óbitos ya que se tendrá el conocimiento para actuar frente a cualquier signo o síntoma de alarma, manteniendo una gran relación con la instrucción que fue dejado de lado para aprender a ser madre; además de desconocer sobre los controles prenatales adecuados que es la clave para evitar que se produzcan los óbitos fetales.

Gráfico 12.

Relación entre edad y estado civil de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.

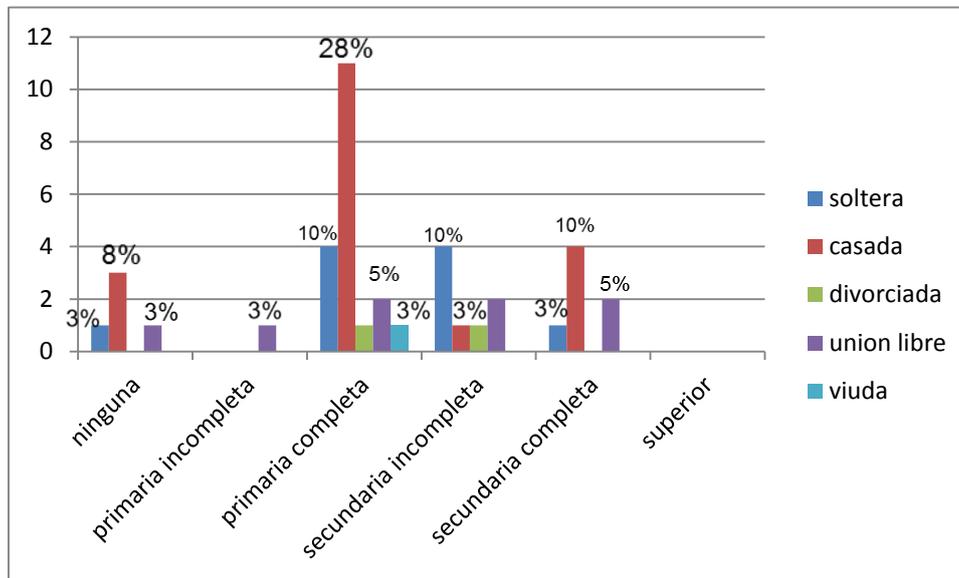


Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

En la gráfica establecida se observa que las pacientes de 16 a 19 años de edad corresponden en la mayoría al estado civil solteras con una mínima diferencia en la edad de 35 a 40 años que son casadas; en la investigación; factores relacionados a la muerte fetal en usuarias atendida en el Hospital de Machala 31% de mujeres de 15-19 años de edad están en unión libre, el 3% de 30-34 años, son casadas (26). Con esta información se verifica que la edad (adolescencia) es un factor de ya que son inmaduros tanto física como psicológicamente. Mientras que en las mujeres adultas por el hecho de ya conocer esta etapa hacen caso omiso a los cuidados que se deben mantener, frente a las complicaciones se auto medican, es por esto que la educación debe ser continua implementando cuidados especiales de atención prioritaria además de establecer una estrategia de cuidados enfocados a minimizar las complicaciones del embarazo y por ende los casos de óbito fetal.

Gráfico 13.

Relación entre instrucción y estado civil de pacientes con diagnóstico de óbito fetal.



Realizados por: autora
Fuente: datos recogidos

En el gráfico que antecede se observa que las pacientes con primaria completa son de estado civil casadas en un porcentaje alto, ninguna tiene educación superior, en comparación con la investigación “Epidemiología de muerte intrauterina en el Hospital Bartolomé” el estado civil de las pacientes que tuvieron muerte intrauterina fue conviviente (unión libre), mientras que en casadas y solteras no hay diferencia en cuanto a cantidad, tienen estudios secundarios y no existen analfabetas (31), estos datos en cierta forma alarman ya que las adolescentes antes de formar un hogar o mantener una relación con su conviviente, esposo, estaban estudiando, pero a partir de empezar esta relación, dejaron de estudiar, puede ser debido a la prohibición de sus parejas, se toma en cuenta esto especialmente en la etnia indígena ya que aquí predomina desde hace miles de años el machismo, a pesar de todas las actividades que se hacen para desmembrar esta conducta en los indígenas ha sido muy difícil.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.3. Conclusiones.

En el estudio realizado sobre “Factores que inciden al óbito fetal en pacientes atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo periodo 2012 - 2015” y en relación a los objetos planteados es esta investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Las características socio-demográficas encontradas son múltiples, pero con gran importancia: edad ya que el grupo de adolescentes se identificó como factor de riesgo con un 28%, de etnia indígena en el 58%, casadas son el 47%, de instrucción primaria en un 48% del total de la población.
- Las patologías asociadas al óbito fetal identificadas son las rupturas prematuras de membranas con el 35 % seguido de las infecciones maternas el con 17%, circular de cordón con 15% y en mínimo porcentaje el caso de placenta previa.
- De acuerdo a las semanas de gestación se identifica que las pacientes tuvieron 30 – 33 semanas de gestación seguido de las semanas 26-29 semanas, al igual que entre las semanas 22-25 con el mínimo de casos presentado entre las semanas >41 con el 5 %.
- Se realizó la socialización al personal de salud en el servicio gine-obstétrico en el que se discutió los resultados y la importancia de la prevención y cuidados del embarazo y en especial con los adolescentes, reconociéndolos como grupo de riesgo al tiempo que se brindó la charla de educación sobre que es el óbito fetal,

porque se produce y sobre todo la importancia de los controles prenatales adecuados.

5.4. Recomendaciones.

- Al Ministerio de Salud Pública que debe mantener la educación, siendo la principal estrategia y la búsqueda de nuevos conocimientos de la población en cuidados preventivos durante el embarazo, puesto que se debe implementar estrategias dirigidas a las madres en él que explica la importancia de los controles mínimos necesarios, a medida que la población adquiere conocimiento será capaz de asumir la responsabilidad sobre su propia salud.
- Al personal de salud del Hospital San Luis de Otavalo de salud, específicamente del servicio gineco – obstétrico que tomen en cuenta que el óbito fetal es un problema de salud que persiste en la población y que se deben enfocar los cuidados principales en los adolescentes ya que son en todo más vulnerables.
- A los Directivos de la Carrera de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, son los responsables de guiar a los estudiantes para que se formen como profesionales éticos los mismos que al momento de enfrentarse con este tipo de problemas de salud puedan manejar adecuadamente con ética, responsabilidad y enfocados a la prevención del mismo mediante el programa de vinculación con la colectividad educando sobre las medidas prevención de riesgos, signos de alarma de esta forma aumentar calidad vida de la población.
- A la población en general se debe dar la importancia que lo amerita el embarazo, tomando en cuenta que pueden existir miles de complicaciones pudiendo evitarse con tan solo mantener los controles prenatales y ante cualquier molestia

acudir inmediatamente al centro de salud más cercano ya que en el peor de los casos ser fatal para el binomio madre e hijo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Katy Xóchitl Trejo Valencia; Jose Fernando Ávila; Rosa Virgen Pardo Morales. Índice de la muerte fetal tardía y factor de riesgo obstétrico, perinatales y socioeconómicos asociados. México;; 2012.
2. Vásquez Morán A. Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del obito fetal en pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel. Guayaquil;; 2013.
3. Jhon Usiña, Soledad Carrera. INEC. Anuario estadísticas vitales: nacimientos y defunciones. ; 2013.
4. Calvillo MNR. Análisis de muerte fetal tardía. Perinatología y reproducción humana. 2014.
5. J. Guadalupe Pandur; Jesús Pérez M; Elizabeth Guadalupe Panduro M; Juan Francisco Castro H; María Dolores Vázquez G. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. Rev. chil. obstet. ginecología. 2011;; p. 169 - 174.
6. Dr. Andrés Pons G; Dr. Eduardo Sepúlveda S; Dr. Juan Luis Leiva B; Dr. Gustavo Rencoret P; Dr. Alfredo Germain A. Muerte Fetal. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Noviembre;; p. 916.
7. Gobierno autonomo descentralizado de Otavalo. Actualización del plan de desarrollo y formulación del plan de ordenamiento territorial. Otavalo;; 2012.
8. Saulo Molina; Diana Alejandra Alfonso. Muerte fetal anteparto. Bogotá;; 2010.
9. Facultad de Medicina y Enfermería. Diccionario de Salud universitario de Chile. Chile;; 2011.
10. Katy Xóchitl Trejo Valencia; José Fernando Ávila Esquivel. Muerte fetal intrauterina. Índice de muerte fetal tardía y factores de riesgo. 2012 abril 14.
11. Organización mundial de la salud. OMS. [Online].; 2016 [cited 2016 julio 17. Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
12. Dr. Andres Pons; Dr. Eduardo Sepúlveda; Dr. Juan Leiva; Dr. Gustavo Rencoret.

- Muerte Fetal - Centro Especializado de Vigilancia. ; 2014.
13. Montejano MCG. El embarazo en la adolescencia. México;; 2013.
 14. Medicine plus. Medicine plus. [Online].; 2013. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002367.htm>.
 15. Tipos-de-clase-social. Decrecimiento. 2014 Enero 26.
 16. Salido SC. Muerte fetal intrauterina. Granada;; 2015.
 17. Catalogo maestro de guías de práctica clínica. Diagnostico y tratamiento de muerte fetal con feto unico. [Online]. México; 2011 [cited 2016 julio 13].
 18. Factores de riesgo en el embarazo (I). [Online].; 2010. Available from: <http://pequelia.republica.com/>.
 19. Asamblea nacional. Constitucion nacional del Ecuador Quito, Ecuador; 2010.
 20. Buen vivir plan nacional. [Online].; 2013 - 2017. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-metas>.
 21. Consejo internacional de enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. 2012.
 22. Constitucion del Ecuador. Ley de Derecho y Amapro al Paciente. Guayaquil: constitucion del Ecuador, Capitulo primero-Sección segunda. Artículo 365 ; 2012-2015.
 23. Robalino L. Etnias del Ecuador. [Online].; 2012 [cited 2016 julio 10].
 24. INEC. defunciones fetales. [Online].; 2014. Available from: www.ecuadoren cifras.com.
 25. Vera CC. Factores asociados a la aparicion de óbito fetal en gestantes de la clínica maternidad Rafael Calvo. Colombia: Universidad de Cartagena. ; 2015.
 26. Chicango AGP. Factores relacionados a la muerte fetal en usuarias atendidas en el área de ginecología del hospital Teófolio Dávila. Machala;; 2014.
 27. MSc. Dra. Viviana Sáez Cantero; Dra. María Teresa Pérez Hernández; Dr. Gonzalo Agüero Alfonso; Dra. Hortensia González García; MSc. Dr. Antonio Alfonso

- Dávila. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012 Enero.
28. Almeida MBB. Causas de sufrimiento fetal agudo en trabajo de parto en adolescentes de 13 A 19 años en el Hospital Enrique C. Sotomayor. [Online]. Guayaquil; 2013 [cited 2016 junio 13].
 29. Nuñez CFF. Factores Asociados a Muerte Fetal en Dos Hospitales Referenciales de Lambayeque. Chiclayo – Perú: Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, repositorio academico; 2016.
 30. Loyola Vera; Edy Martin. Epidemiología de muerte intrauterina en el Hospital Bartolomé. Lima;; 2013.



ANEXOS

CHECK LIST

El presente instrumento forma parte del Trabajo de Investigación Titulada: Factores que inciden al óbito fetal en el Hospital San Luis de Otavalo en el periodo diciembre 2012 - 2015, sobre las causas del óbito fetal, por lo que se aplicara en el departamento de estadística a través de la búsqueda en las historias clínicas.

La información es de carácter confidencial y reservado, señalar con una X.

- **Historia clínica:**

- **Diagnóstico presuntivo:**

- **Edad de la paciente:**

<17 18 – 21 29 – 32 >40
22 – 24 25 – 28 33 – 36

- **Ocupación:**

Comerciante Estudiante
Ama de casa E. Privada

- **Etnia:**

Indígena Mestizo Negro
Blanco Otros

- **Estado civil:**

Soltera Casada Unión libre

Viuda

• **Nivel de instrucción:**

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Superior

Ninguna

• **Procedencia:**

Urbano

Rural

• **Método diagnóstico.**

Monitoreo electrónico fetal

Examen físico

ECO

• **Patológico asociadas al óbito fetal**

Maternas

Embarazo prolongado.

Diabetes mellitus.

Infecciones.

Hipertensión arterial.

Preeclampsia.

Eclampsia.

Edad materna muy precoz o avanzada

Síndrome de Hellp

Incompatibilidad RH.

Ruptura uterina.

Trombofilias hereditarias.

Hipotensión severa materna.

Muerte materna.

Fetales

Gestación múltiple.

Retardo de crecimiento intrauterino.

Anomalías congénitas.

Anomalías genéticas.

Infección.

Placentarias

Circular de cordón.

Abrupto placentario.

Rotura prematura de membrana

Placenta previa

• **Edad gestacional:**

22 – 23

24 – 25

26 – 27

>40

• **Anamnesis :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Extracción de datos de las historias clínicas en el departamento de estadística en el Hospital San Luis de Otavalo:





Socialización de datos en el Hospital San Luis de Otavalo en el servicio Gineco-obstétrico.







Charla educativa sobre el tema, importancia del control prenatal y prevención.



