



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

TESIS DE GRADO PREVIO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

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

**AUTOR:** Katherine Pamela Túa Andrade

**DIRECTOR DE TESIS:** Dr. Widmark Enrique Báez Morales

Ibarra, Febrero 2018

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

En calidad de director de tesis, **“FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL ÓBITO FETAL EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DURANTE EL PERIODO 2015 AL 2017.”**, de autoría de la señorita Túa Andrade Katherine Pamela, certifico que ha sido revisada y se autoriza su publicación.



---

Dr. Widmark Enrique Báez Morales  
**DIRECTOR DE TESIS**



**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:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>		100385563-0	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>		Túa Andrade Katherine Pamela	
<b>DIRECCIÓN:</b>		San Antonio calles: Luis Enrique Cevallos 3-32 y Monseñor Leonidas Proaño	
<b>EMAIL:</b>		Rino210294@hotmail.com	
<b>TELÉFONO</b>	2932-312	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0995965453
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO:</b>		“Factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del Hospital San Vicente de Paul durante el período 2015 al 2017.”	
<b>AUTOR:</b>		Túa Andrade Katherine Pamela	
<b>FECHA:</b>			
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA:</b>		PREGRADO	
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>		Licenciado en Enfermería	
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>		Dr. Widmark Báez	

## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Túa Andrade Katherine Pamela, con cédula de ciudadanía Nro. 100385563-0, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del 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 la Ley de Educación Superior Artículo 144.

## 3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta 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 que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, 10 días del mes de febrero del 2018

**EL AUTOR:**

**ACEPTACIÓN:**

(Firma).....

Nombre: TÚA PAMELA

C.C: 100385563-0

(Firma).....

Nombre: Ing. Betty Chávez

Cargo: JEFE DE BIBLIOTECA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO**  
**A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo Túa Andrade Katherine Pamela con cédula de identidad Nro. 100385563-0, manifiesto mi 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 autora del trabajo de grado denominado: **“FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL ÓBITO FETAL EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DURANTE EL PERIODO 2015 AL 2017.”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciada en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autora 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.

-----  
KATHERINE PAMELA TUA ANDRADE

C.C: 100385563-0

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado de manera muy especial y con todo el afecto que le tengo a mi Madre que ha estado conmigo en los buenos y malos momentos en el transcurso de toda mi carrera. A mi Padre con su granito de arena me alentó en esos pequeños momentos. Gracias al esfuerzo de mis padres al ayudarme a cumplir mi meta profesional, enseñándome a ser mejor persona acompañado de mucho éxito y satisfacción en todo este transcurso de mi vida.

A mi familia que sin ellos y con su granito de arena, apoyo condicional, palabras de aliento, no estaría en el lugar de formación profesional en la que me encuentro.

*PAMELA TUA*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de culminar este, mi pequeño proyecto de vida, ya que lo he hecho con todo el esfuerzo, perseverancia y la ayuda fundamental e importante de mi madre, que lucho junto a mí para ser un orgullo y un ejemplo.

A mi familia que supo alentarme en los momentos más difíciles, me ayudaron a llegar a este, un escalón más de mi vida, y el más importante, el ser una profesional en Enfermería.

A la Universidad Técnica del Norte y docentes de mi carrera y mi tutor que me supo llenar de conocimientos y poder desarrollar y culminar mi profesión de la mejor maneja.

*PAMELA TUA*

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS .....	ii
IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA.....	iii
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD.....	iv
CONSTANCIAS.....	iv
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xi
RESUMEN.....	xii
SUMARY.....	xiii
TEMA: .....	xiv
CAPITULO I.....	1
1. Problema de la investigación .....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema .....	2
1.3 Justificación .....	3
1.4 Objetivos .....	4
1.4.1 Objetivo General.....	4
1.4.2 Objetivos específicos .....	4
1.5 Preguntas de investigación.....	4
CAPITULO II .....	5
2. Marco teórico .....	5
2.1 Marco referencial .....	5
2.2 Marco contextual.....	7
2.2.1 Caracterización del Hospital San Vicente de Paúl.....	7
2.2.2 Reseña Histórica del Hospital San Vicente de Paúl.....	7
2.2.3. Crecimiento poblacional .....	8
2.2.4 Hospital San Vicente de Paúl.....	8



2.2.5 Misión y Visión.....	10
2.3 Marco conceptual.....	11
2.3.1 Teoría de autocuidado de Dorothea Orem.....	11
2.3.2 Feto .....	11
2.3.3 Muerte fetal.....	12
2.3.4 Muerte fetal temprana.....	12
2.3.5 Muerte fetal tardía (Óbito fetal).....	12
2.3.6 Etiología.....	12
2.3.7 Diagnostico .....	13
2.3.8 Factores de riesgo. ....	14
2.3.9 Tratamiento .....	18
2.4. Marco legal .....	20
2.5 Marco ético .....	23
CAPITULO III.....	26
3. Metodología de la investigación .....	26
3.1 Diseño de investigación .....	26
3.2 Tipo de la investigación .....	26
3.3 Localización y ubicación del área de estudio.....	26
3.4 Población.....	27
3.4.1 Universo.....	27
3.4.2 Muestra .....	27
3.4.3 Criterios de inclusión .....	28
3.4.4 Criterios de exclusión .....	28
3.5 Operacionalización de variables .....	29
3.6 Método y técnicas para la recolección de la información.....	34
3.7 Análisis de datos .....	34
CAPÍTULO IV.....	35
4. Resultados de la investigación .....	35
4.1 Características sociodemográficas de las mujeres gestantes que ingresaron con diagnóstico de óbito fetal al Hospital San Vicente de Paul durante el período 2015 al 2017.....	35

4.2. Casos de óbito fetal que se presentaron en el Hospital San Vicente de Paúl durante el período 2015 al 2017.....	38
4.3. Factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal del Hospital san Vicente de Paúl durante el periodo 2015 al 2017. ....	39
CAPITULO V .....	43
5. Conclusiones y Recomendaciones .....	43
5.1 Conclusiones .....	43
5.2 Recomendaciones.....	45
BIBLIOGRAFÍA .....	46
ANEXOS .....	50
Anexo 1.- Archivo fotográfico .....	50
Anexo 2. Tríptico para la prevención de óbito fetal.....	52

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Características sociodemográficas de la población de estudio. ....	35
<b>Gráfico 2.</b> Número de casos de óbito fetal por meses y años durante el período 2015 al 2017, HSVP.....	38
<b>Gráfico 3.</b> Antecedentes maternos relacionados al Óbito fetal. ....	39
<b>Gráfico 4.</b> Comorbilidades maternas relacionadas al óbito fetal. ....	40
<b>Gráfico 5.</b> Complicaciones obstétricas relacionadas al óbito fetal.....	42

## RESUMEN

### **Factores de riesgo maternos asociados a óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del hospital San Vicente de Paul durante el período 2015 al 2017.**

Katherine Pamela Túa Andrade

Universidad Técnica del Norte, Carrera de Enfermería

[ktherinp@hotmail.com](mailto:ktherinp@hotmail.com)

El óbito fetal se le define como muerte fetal tardía el cual se presenta a partir de las 20 semanas de gestación, sin haberse presentado el trabajo de parto. El cual tuvo lugar en esta investigación que por objetivo principal fue determinar los factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2015 al 2017, el cual se utilizó la metodología descriptiva, retrospectiva, cuantitativa, no experimental, la población de estudio fueron a las madres gestantes que ingresaron al servicio de centro obstétrico el cual se contó con una muestra de 76 casos de óbito fetal; esta información se obtuvo utilizando una ficha de registro con los datos recogidos de las historias clínicas. Los principales resultados y conclusiones que se encontraron fueron: con relación a los factores sociodemográficos se presentaron con mayor frecuencia fueron en mujeres gestantes dentro de las edades de 25 a 35 años, residentes en la zona urbana, de etnia mestiza, en cuanto a la ocupación dedicaban a los quehaceres domésticos por lo que su nivel de educación corresponde a que solo llegaron a la secundaria. Los factores de riesgo relacionados con comorbilidades maternas fueron las infecciones del tracto urinario, anemia en sus diferentes grados y la obesidad, en cuanto a los factores menos frecuentes, pero no menos importantes se encontraron con antecedentes maternos de aborto y complicaciones maternas como ruptura prematura de membranas, el cual suelen presentarse como consecuencia de las comorbilidades antes mencionadas. La frecuencia de estos casos, se presentaron con mayor frecuencia en los meses de junio, noviembre y diciembre, el cual se observó que en el 2015 existió el mayor número de casos de óbito fetal.

Palabras clave: Óbito fetal, factores de riesgo, Hospital San Vicente de Paul, Ibarra

## SUMMARY

### **Maternal risk factors associated with fetal death in the obstetric center service of the San Vicente de Paul Hospital during the period 2015 to 2017**

Katherine Pamela Túa Andrade  
Technical University of North, Nursing Career

[ktherinp@hotmail.com](mailto:ktherinp@hotmail.com)

The fetal death is defined as late fetal death which occurs after 20 weeks of gestation, without having presented the labor, it took place in this research. The main objective was to determine the maternal risk factors associated with fetal death in the obstetric center service in San Vicente de Paul Hospital during the period 2015 to 2017; in this research the following methodology was used, descriptive, retrospective methodology, quantitative, not experimental; the study was applied to pregnant mothers who entered to the Obstetric service center which had a sample of 76 cases of fetal death; this information was obtained using a record card with the data collected from the clinical history. The main results and conclusions that are found were: in relation to sociodemographic factors, they were presented with greater frequency in pregnant women within the ages of 25 to 35 years, residents in the urban area, of mixed ethnicity, in terms of occupation they are dedicated to the domestic chores so their level of education corresponds to the secondary level. The risk factors related to maternal comorbidities were urinary tract infections, anemia in its different degrees and obesity, in terms of less frequent factors, but no less important were maternal history of abortion and maternal complications such as premature rupture of the membranes, which usually occurs as a consequence of the aforementioned comorbidities. The frequency of these cases, occurred frequently in the months of June, November and December, which was observed that in 2015 there was the largest number of cases of fetal death.

Key word: fetal death, risk factors, Hospital San Vicente de Paul, Ibarra

**TEMA:**

Factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del Hospital San Vicente de Paul durante el período 2015 - 2017.

## **CAPITULO I**

### **1. Problema de la investigación**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

Existen en el mundo aproximadamente 3.9 millones de pérdidas fetales al año. El 97% de las muertes fetales ocurren en países en vía de desarrollo, siendo su prevalencia del 3%. Se estima que alrededor de uno y dos millones de pérdidas fetales quedan sin cuantificar, esto debido a que el servicio y registro médico es ineficiente o se encuentra ausente (1).

Frente a estas falencias, los óbitos fetales, cuyo término correcto es muerte fetal tardía, se ha convertido en un problema de salud pública. Tanto para el personal de salud obstétrico, como para la madre y su familia, representan un desafío constante a ser solventado, ya que se trata de un indicador de calidad de la atención integral prenatal y del trabajo del personal de salud (2).

Al ver su gran importancia como tema de salud pública, se ha observado que constituye una situación de riesgo físico, biológico y psicológico para la madre, por lo que se tomara mucho en cuenta los factores relacionados a la muerte fetal. En un estudio realizado se encuentra que alrededor de un 30% de los casos son por condiciones obstétricas, y en la mayoría de estos son pérdidas fetales intraparto en gestaciones tempranas (3).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el Ecuador la tasa de mortalidad fetal es de la siguiente manera: en la región Costa 38.8/1000 nacidos vivos, En la región Sierra 63,48/1000 nacidos vivos, región Oriente 19,82/1000 nacidos vivos, y región Galápagos es de 2,22/1000 nacidos vivos (4).

La pérdida de muerte fetal para la madre, el padre y sus familiares, constituye una serie de reacciones de duelo y situaciones de difícil manejo para el equipo de salud. Es importante el apoyo por parte de los profesionales para mejorar la evolución del duelo y prevenir un problema psicosocial que se deriva de la presente situación, de la misma manera, al detectar las posibles alteraciones en el transcurso del duelo se podrá prevenir la incidencia de morbilidad psicológica de las madres tras la muerte fetal ya que puede alcanzar del 13% al 34% (3).

Con estos antecedentes se hace necesario identificar los factores correlacionados a muerte fetal en el Hospital San Vicente de Paul para realizar los cuidados en las mujeres gestantes, con lo cual se contribuirá a crear o mejorar la calidad de los programas preventivos.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del Hospital San Vicente de Paul durante el periodo 2015-2017?



### **1.3 Justificación**

La pérdida fetal en cualquier establecimiento de salud pública es un problema mundial ya que se encuentra relacionada con el Objetivo 3 de los Objetivos del desarrollo Sostenible el cual indica Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, siendo así para el 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna y poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años, en este caso la muerte fetal tardía (Óbito fetal), el cual incentiva a la madre a asistir a los controles prenatales e identificando los signos de alarma, de esta manera se podrá lograr a cumplir las metas tomando las acciones correspondientes al caso.

Es importante llevar esta investigación en la provincia de Imbabura en la cual se encontró un total de 35 defunciones fetales con la mayoría en la zona urbana 20 defunciones y en la zona rural 15 defunciones fetales, de esta manera, además de ser un problema obstétrico, conlleva a la madre a un problema psicológico,

La presente investigación es de gran utilidad ya que se enfocó en la atención de salud para este grupo de riesgo, en este caso las mujeres embarazadas que serán atendidas en los servicios de salud, tomando en cuenta los factores de riesgo maternos, ya sea por la falta de conocimiento sobre este tema que tiene la población a este problema, la cual incrementa por no tener la importancia de mantener los cuidados necesarios durante el embarazo.

Esto beneficiará a las futuras mujeres embarazadas con factores de riesgo materno que puedan desarrollarse al óbito de fetal, para que puedan ser identificadas y tratadas de manera integral tanto en la prevención antes y durante el embarazo por parte del personal médico de los servicios de salud que se presentan en la provincia de Imbabura.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Caracterizar los factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal en el servicio de centro obstétrico del Hospital San Vicente de Paul 2015-2017.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Determinar la frecuencia de óbito fetal en el período de estudio.
- Identificar los factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal que presentó la población de estudio.
- Realizar material informativo de prevención de factores de riesgo maternos asociados a óbito fetal, con el objetivo de reducir la muerte fetal.

## **1.5 Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Cuál es frecuencia de óbito fetal en el período de estudio?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal que presentó la población de estudio?
- ¿Cómo prevenir factores de riesgo maternos asociados a óbito fetal, a través de material informativo?

## CAPITULO II

### 2. Marco teórico

#### 2.1 Marco referencial

Según datos del Instituto Español de Estadística (INE) en 2013 hubo en España un total de 1398 casos de muerte fetal (0,3% del total de nacimientos) Las tasas de mortalidad fetal intrauterina se correlacionan inversamente con la riqueza y el desarrollo de los países. El 98% de los casos ocurren en países de bajo y medio nivel socioeconómico y el 67% son familias habitantes de zonas rurales 4,11. Esta variación depende de diversos factores, entre los que pueden considerarse la calidad de la atención médica, la calidad y cantidad de los controles prenatales y las características de la población. Los casos de muerte fetal antes del trabajo del parto representan más de la mitad de los casos (5).

En un estudio realizado en la Maternidad Dr. Fachin de Boni, en Venezuela, se estudiaron 1236 casos de muerte fetal intrauterina temprana y tardía, las cuales 1160 fueron productos de embarazos simples y 76 productos de embarazo múltiple. La tasa de mortalidad fetal fue 56,28 muertes fetales por cada 1000 nacimientos del hospital, de acuerdo con la edad gestacional se determinó que la tasa de mortalidad fetal tardía es de 27,78, al igual se determinó que la mayoría de los casos ocurrió antes de las 37 semanas de gestación lo que represento una prevalencia de 0.08% (6).

En otro estudio realizado en el Hospital regional Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil se estudiaron a 233 pacientes con diagnóstico de muerte fetal intrauterina, se recopiló datos de las historias clínicas identificando los factores de riesgo relacionados a muertes fetales, en donde se obtuvo variables como la más importante la edad materna avanzada siendo un factor de riesgo modificable, relacionado con infecciones ascendentes como la leucorrea no tratadas durante el periodo de gestación, fueron las de mayor incidencia con una frecuencia de 26%, de

la cual en mujeres menos de 30 años con 49.2% y en mayores de 30 años con 50.8% (7).

Un estudio realizado en el hospital Teófilo Dávila el cual queda ubicado en la ciudad de Machala de la provincia de El Oro, investigaron a 140 pacientes que presentaron un diagnóstico de óbito fetal en cuanto a los factores ginecobstétricos, el 49% tenían dos gestas, el 64% tenían un periodo intergenésico de 1 año, presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas, y tuvieron antecedentes de parto pre término. Con relación a las patologías que se encontraron en el estudio, la mayoría de las pacientes tenían antecedentes de infección de vías urinarias con el 88% de todos los casos (8).

En el hospital San Vicente de Paul del cantón Pasaje en la provincia del Oro, con un total de 150 pacientes atendidas con diagnóstico de óbito fetal la cual se encontró que el 1% de las causas de muerte fetal es por antecedentes de uno a dos abortos, lo que indica en este estudio que la tasa de mortalidad fetal es del 10 por cada 1000 nacidos vivos, por condiciones maternas-fetales, incluso causas desconocidas (9).

## **2.2 Marco contextual**

### **2.2.1 Caracterización del Hospital San Vicente de Paúl**

El Hospital San Vicente de Paúl, es un hospital general que se encuentra en la provincia de Imbabura, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, es un hospital de referencia y contra referencia; actualmente, atiende una demanda de la población Colombiana que se asentado en nuestro país; el Área de Consulta Externa presta servicios de salud de segundo nivel en las cuatro especialidades básicas como son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia (10).

### **2.2.2 Reseña Histórica del Hospital San Vicente de Paúl**

A raíz de la batalla de Ibarra en 1823, las huestes del coronel Agualongo saquean la capilla del hospital, llevándose los utensilios de plata de la misma, las tropas de Agualongo luego fueron derrotadas por el mismo Bolívar en persona (11).

En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llenos de La Esperanza, el 28 de Abril de 1872 y el Hospital de Ibarra es RECONSTRUIDO bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las escuelas Cristianas con el nombre de *Hospital San Vicente de Paul*, edificio que se encuentra hasta en la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas, fue considerado en su época como unos de los mejores de América (11).

En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital, entre los legisladores y autoridades del Hospital, de esa época después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministerio de Salud y el Presidente de la Republica, se le entrega la construcción y el equipamiento a una firma Italiana, los terrenos son expropiados a la Señora Rosa Gómez de la Torre y se le coloca la primera piedra el 23 de Enero de

1981, después de 10 años de intenso trabajo, es inaugurado en la Presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo el Director del Hospital el Doctor José Albuja, larga es la vida del hospital que se sería reflejada en una obra literaria (11).

### **2.2.3. Crecimiento poblacional**

De acuerdo con 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 398.244 habitantes, el cantón Ibarra para el censo 2010 se incrementó a 139.721 habitantes (4).

### **2.2.4 Hospital San Vicente de Paúl**

Actualmente el Hospital San Vicente de Paul está dotado de 166 camas, al igual cuenta con el personal de enfermería con un total de 167, y 160 médicos, en referencia al lugar de estudio en el servicio de centro obstétrico cuenta con un total de 14 Enfermeras y 1 líder del servicio y 8 Internas rotativas de enfermería, en cuanto a los médicos, se cuenta con 5 médicos tratantes, 8 médicos residentes, 10 médicos postgradistas y 12 internos de medicina. El HSVP tiene los siguientes servicios que ofrece:

#### **Especialidades quirúrgicas:**

- Cirugía General.
- Cirugía plástica.
- Ginecología.
- Otorrinolaringología.
- Urología.
- Traumatología.

#### **Especialidades Clínicas**

- Medicina interna.
- Gastroenterología.
- Nefrología.

- Cardiología.
- Geriatria clínica.
- Dermatología.
- Psicología.
- Infectología – Dermatología.
- Coloproctología.

### **Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico**

- Farmacia.
- Laboratorio clínico.
- Imagenología.
- Rehabilitación y Terapia Física.
- Salud mental.
- Nutrición Clínica.

### **Unidades Críticas**

- Emergencia.
- Centro quirúrgico.
- Unidad de terapia intensiva.
- Neonatología (12).

## **2.2.5 Misión y Visión**

### **Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo de red, en el marco de la justicia y la equidad social (12).

### **Visión**

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (12).



## 2.3 Marco conceptual

### 2.3.1 Teoría de autocuidado de Dorothea Orem

La investigación realizada se basa en la teoría de Enfermería de Dorothea Orem, ya que ella basa sus teorías en que el autocuidado se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y así tener una vida saludable. (13)

- **Teoría del autocuidado:** actividades que los seres humanos llevan a cabo, con el objetivo de conservar la salud, con el interés de mantenerse vivos y sanos, para desarrollar acciones de bienestar que ayuden en la prevención de condiciones que puedan afectar de manera negativa a su salud.
- **Teoría del déficit del autocuidado:** déficit que tienen los seres humanos para su propio cuidado, es decir personas que presenten limitaciones relacionadas o derivadas de la salud, que incapacite su propio autocuidado.
- **Teoría de los sistemas:** hace referencia a las acciones humanas que realiza enfermería, mediante el ejercicio de su actividad. Tenemos (14):
  - Sistema completamente compensatorio, la enfermera apoya y protege al paciente con su autocuidado.
  - Sistema parcialmente compensatorio, donde la enfermera realiza ciertas actividades de autocuidado dirigidas al paciente.
  - Sistema de apoyo educativo, la enfermera brinda educación y orientación al paciente de cómo llevar un autocuidado oportuno.

### 2.3.2 Feto

Fase del desarrollo de un nuevo ser vivo que inicia en la semana nueve y termina con el nacimiento, en esta etapa predomina la actividad de maduración de órganos, tejidos y sistemas a partir del tercer mes de vida uterina (15).

### **2.3.3 Muerte fetal**

La muerte fetal es la defunción o cese de vida del producto de la concepción antes de su expulsión en el periodo de parto o separación completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo (6).

### **2.3.4 Muerte fetal temprana**

Se clasifica según las semanas de gestación en la cual se define a la muerte fetal temprana entre las 9 y las 19 semanas o con un peso fetal hasta 499gr (6).

### **2.3.5 Muerte fetal tardía (Óbito fetal)**

A la muerte fetal tardía se le denomina a partir de las 20 semanas de gestación hasta el momento de labor de parto y con el peso mayor a los 500 gramos (6).

### **2.3.6 Etiología**

Las causas de muerte fetal tardía se han clasificado en maternas, fetales y placentarias, siendo las más habituales como:

- **Maternas:**
  - Embrazo prolongado.
  - Diabetes mellitus.
  - Lupus eritematoso.
  - Infección de vías urinarias.
  - Hipertensión arterial.
  - Preeclampsia.
  - Eclampsia.
  - Síndrome de hellp.
  - Hemoglobinopatías.
  - Edad materna muy precoz o avanzada.

- Incompatibilidad RH.
  - Ruptura uterina.
  - Síndrome antifosfolipídico.
  - Hipotensión severa materna.
  - Muerte materna.
- **Fetales:**
    - Gestas múltiples.
    - Retardo del crecimiento intrauterino.
    - Anomalías congénitas.
    - Anomalías genéticas.
- **Placentarias:**
    - Accidente de cordón.
    - Abrupto placentario.
    - Ruptura prematura de membranas.
    - Vasa previa (16).

### **2.3.7 Diagnostico**

El diagnóstico de muerte fetal tardía se realiza mediante signos y síntomas de sospecha, de certeza y exámenes complementarios mediante instrumentos de diagnóstico.

- De sospecha: ausencia de movimientos fetales, ausencia del foco audible de la frecuencia cardíaca fetal, líquido amniótico marrón, ausencia del crecimiento intrauterino (3).
- De certeza: en la ecografía se encuentra el latido fetal durante 2 minutos, demostrando la ausencia de la actividad cardíaca (3).
- Signos radiológicos: siendo de sospecha y certeza (3).

### **2.3.8 Factores de riesgo.**

Son muchos los factores de riesgo asociados a la muerte fetal tardía, la cual es importante detectarlos en el primer control prenatal (5).

Podemos encontrar como factores sociodemográficos a la ocupación de la madre que está relacionado con el nivel de educación, ingresos económicos y el lugar de procedencia sea urbana o rural, hacen variar el riesgo de una mujer de tener un óbito fetal algunos de estos factores son modificables, el cual se debería trabajar con ellos antes de la concepción (8).

- **Etnia**

Un factor importante es la etnia ya que se ha demostrado que las mujeres de etnicidad negra tienen mayor riesgo de óbito fetal, porque estas mujeres tienen mayor tendencia de padecer diabetes, hipertensión y obesidad y con ellas conlleva a ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta y por consiguiente muerte fetal (8).

- **Edad**

Es un importante antecedente demográfico para poder identificar los factores de riesgo a lo largo del ciclo de vida, especialmente en la mujer ya que adquiere de mucha importancia en su periodo de edad fértil, el embarazo antes de los 20 años o después de los 35 años se asocia a tener un mayor riesgo de muerte fetal (7).

- **Isoinmunización Rh**

Como característica obstétrica de la madre es un factor de riesgo importante ya que, si la madre gestante cuyo factor Rh es negativo y el factor Rh de feto en

positivo, existe el riesgo del paso placentario de eritrocitos desde la madre al feto lo cual se convierte en una isoimmunización la cual producen hemólisis fetal, la cual desencadena otras complicaciones llegando a la muerte fetal (17).

- **VDRL+**

La sífilis materna no tratada, la cual se la puede detectar con un examen de VDRL y el resultado es positivo, está relacionada a complicaciones dentro del embarazo, que llega a casos muy avanzados con un resultado de muerte fetal tardía (18).

- **Anemia**

La anemia durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5g/dl en el segundo trimestre. A la anemia durante en el embarazo la podemos clasificar como Anemia leve con un valor de hemoglobina que va desde 10,1 a 10,9 g/dl, Anemia moderada con un valor de 7,1 a 10,0 g/dl y Anemia Severa < 7,0 g/dl. (19)

- **Infección de vías urinarias**

La infección de vías urinarias está definida como un cultivo con más de 100 mil UFC y la presencia de signos o síntomas urinarios. Está presente de 2% a 10% de los embarazos que son asociados a restricción del crecimiento del feto, a ruptura prematura de membranas o corioamnionitis que conlleva a muerte fetal (19).

- **Obesidad**

En la actualidad existe aumento de mujeres con obesidad el cual es un factor de riesgo de óbito fetal, las mujeres que tienen un IMC alto la mayoría de los casos no puede percibir los movimientos fetales, el cual no llevan un registro constante del estado del feto. Además, las mujeres obesas tienen episodios de apneas del sueño y esto lleva a disminuir la saturación de oxígeno y existe en el feto hipoxia fetal, restricción del crecimiento seguido de muerte fetal (7).

- **Diabetes**

Las pacientes diabéticas pueden presentar óbitos fetales entre 3 y 5 veces más que en las mujeres sanas. Tienen una relación muy estrecha ya que la mayoría de los casos se presenta en el tercer trimestre de embarazo, el cual puede persistir o no después del embarazo (8). La diabetes gestacional tiene complicaciones como macrosomía, polihidramnios, retardo del crecimiento, preeclampsia, que son factores relacionados a óbito fetal (19).

- **Hipertensión arterial**

Es una de las principales complicaciones obstétricas, se la puede detectar con la toma de presión de arterial cuyo resultado es TA sistólica mayor a 140mmHg o TA diastólica mayor a 90mmHg, a partir de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, esta enfermedad se relaciona con complicaciones como desprendimiento prematuro de placenta (8).

- **Preeclampsia**

Un trastorno hipertensivo el cual se identifica a partir de las 20 semanas de gestación con una presión mayor de 140/90 mmHg, y con un examen de orina con proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg, o tirilla reactiva positiva ++. Con

este resultado se le define como factor de riesgo y lleva a tener complicaciones en el feto (19).

- **Eclampsia**

Se le detecta con la presión mayor a 140/90 mmHg en embarazo mayor 20 semanas, proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++, en 24 horas mayor de 300mg y se presentan convulsiones tónico-clónicas o coma (19).

- **Síndrome de hellp**

Es una complicación variante de la preeclampsia severa, que amenaza la vida de la madre como el feto, en el que se considera factores como la hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas (19)

- **Ruptura prematura de membranas**

Es la ruptura espontánea de las membranas fetales que se puede presentar en cualquier momento de las semanas de gestación, antes del inicio de la labor de parto este factor conlleva a tener complicaciones en el feto (19).

- **Desproporción cefalopélvica**

La desproporción cefalopélvica se la detecta cuando el feto es macrosómico, muy grande para poder pasar por la pelvis de la madre, esto se debe a factores hereditarios, diabetes, embarazo prolongado, o porque la pelvis de la madre es demasiado pequeña (20).

- **Embarazo múltiple**

Es un factor importante ya que usualmente existe óbito de los productos o de alguno de ellos, es muy importante tomar en cuenta la nutrición de la madre para prevenir la anemia, este es un factor el cual causa la disminución de la perfusión tisular de la deficiencia placentaria y el oligohidramnios (7).

- **Hábitos**

Considerando como antecedentes tenemos en hábito de consumir sustancias como alcohol, tabaco y drogas, son factores muy importantes ya que aumentan las probabilidades de tener una muerte fetal (7).

- **Óbito anterior**

Las mujeres que presentaron un diagnóstico de muerte fetal anteriormente tienen un riesgo de 5 a 10 veces de recurrencia, por lo que es importante planificar de manera adecuada el próximo embarazo con una atención oportuna y mucha vigilancia (5).

### **2.3.9 Tratamiento**

Según el Componente Normativo Materno Neonatal, el manejo de muerte fetal depende del índice de maduración cervical con la escala Bishop. En caso de que el Bishop sea desfavorable con una puntuación menor a 6 se procede a utilizar Misoprostol una dosis el cual esta estandarizada que a partir de la 18 a 26 semanas se le administrara a la paciente en una dosis inicial de 100ug, seguido de la misma dosis en 4 ocasiones con intervalo de 4 horas. Y a partir de las 27 a 43 semanas de gestación se utiliza una dosis inicial de 25 a 50ug, seguido de la administración de 50ug en 6 ocasiones con un intervalo de 4 horas. Tras una nueva valoración si la paciente presenta contracciones se procede a esperar el parto, en caso contrario se induce a



contracciones con Oxitocina luego de las 4 horas de la última dosis de misoprostol de acuerdo con el protocolo de la inducción y conducción de la labor de parto con oxitocina (19).

En caso de que la valoración con la escala de bishop sea mayor a 6 se procede a la inducción del parto oxitocina en caso de que no existan contracciones, caso contrario se espera a la expulsión de feto muerto de manera normal. En algunas ocasiones es relevante realizar a la paciente cesárea de emergencia (19).

## **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 (21).*

*“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” (21).*

*“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” (21).*

*“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” (21).*

## ***Objetivos de Desarrollo Sostenible***

*Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.*

### ***Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil***

*La tasa de mortalidad materna en el año 2015 fue de 216 por cada 100.000 nacimientos, para poder lograr esta meta, se establece que para el año 2030 exista menos de 70 fallecimientos que debe ser la tasa de un 7,5%. En cuanto a la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años a nivel mundial fue de 43 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 2015, lo que representa una reducción del 44% desde el año 2000 (22).*

#### ***Metas:***

*3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (22)*

*3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos (22).*

### ***Plan Nacional del Buen Vivir***

*En el Plan Nacional del Buen Vivir, Objetivo 3 (Mejorar la calidad de vida de la población), se manifiesta en políticas y lineamientos estratégicos (Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas) los siguientes objetivos (23):*

### **Objetivo 3.- 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 (23).*

*3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.*

*3.1 g. Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.*

*3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.*

*3.2 a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.*

*3.2. d. Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.*

*3.2 e. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.*

*3.2 g. Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural.*

*3.2 h. Promover el uso de prácticas médicas que reduzcan el riesgo de transmisión materno-fetal y materno-infantil de enfermedades.*

*3.2 i. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.*

*3.2 n. Impulsar la creación de programas de medicina preventiva (23).*

## ***Ley Orgánica de Salud***

*Art. 21.-El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (24).*

*Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución (24).*

## **2.5 Marco ético**

### ***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 (25).*

*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 (25).*

*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 (25).*

## ***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 (25).*

*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 (25).*

*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 (25).*

*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 (25).*

***Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (CIOMS).***

*Pauta 6: Atención de las necesidades de salud de los participantes.*

*Los investigadores y patrocinadores deben adoptar las disposiciones adecuadas para atender las necesidades de salud de los participantes durante una investigación,*

*especialmente en el contexto de los ensayos clínicos y, de ser necesario, para la transición de los participantes a la atención cuando concluya la investigación. La obligación de atender las necesidades de salud de los participantes está influenciada, entre otras cosas, por el grado en que los participantes necesitan la asistencia y el grado en que la atención efectiva establecida está disponible localmente (26).*

*Pauta 19: Las mujeres durante el embarazo y la lactancia como participantes en una investigación.*

*Las mujeres durante el embarazo y la lactancia tienen características fisiológicas y necesidades de salud particulares. Debe promoverse la investigación diseñada para obtener conocimiento relevante para las necesidades de salud de las mujeres durante el embarazo y la lactancia. La investigación con embarazadas debe iniciarse solo después de una meticulosa consideración de los mejores datos relevantes disponibles.*

*En ningún caso el permiso de otra persona debe reemplazar el requisito del consentimiento informado individual por la embarazada o la mujer lactante (26).*

*Para las intervenciones o procedimientos de investigación que tienen el potencial de beneficiar ya sea a las mujeres embarazadas o lactantes, o a su feto o su bebé, los riesgos deben minimizarse y ser inferiores a la perspectiva de posibles beneficios individuales (26).*

## **CAPITULO III**

### **3. Metodología de la investigación**

#### **3.1 Diseño de investigación**

La investigación es de abordaje cuantitativo y no experimental.

Es cuantitativo ya que se cuantifica las variables de estudio, que se expondrá a través de estadística descriptiva considerando el número de casos existentes en un periodo de tiempo basándose en la recolección de datos que se revisó en las historias clínicas cada una de ellas durante el periodo 2015 a 2017 de las pacientes atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Vicente de Paul con diagnóstico de óbito fetal.

Es no experimental porque no manipula las variables y la información se recoge de las historias clínicas.

#### **3.2 Tipo de la investigación**

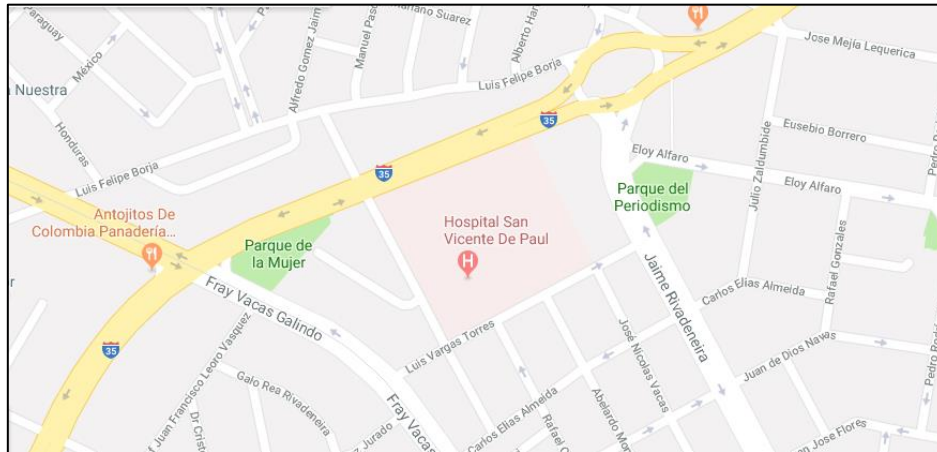
Este estudio es de tipo descriptivo porque no se manipula las variables y se presenta la información tal cual se la encontró en las historias clínicas; y Retrospectivo ya que es un estudio en base a la información registrada en la historia clínica de las pacientes que han sido diagnosticadas con Muerte fetal tardía durante los años 2015 a 2017.

#### **3.3 Localización y ubicación del área de estudio**

La investigación se realizó en el servicio de Centro Obstétrico y Departamento de Estadística del Hospital San Vicente de Paúl ubicado en la ciudad de Ibarra, capital de Imbabura.



**Figura 1.-** Mapa de la ubicación hospital San Vicente de Paul.



**\*Fotografía obtenida de la base de datos de Google Maps.**

### **3.4 Población**

Todas las pacientes atendidas en el servicio Centro Obstétrico del hospital San Vicente de Paul.

#### **3.4.1 Universo**

Pacientes atendidas con diagnóstico de óbito fetal del servicio Centro Obstétrico en el hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2015- 2017.

#### **3.4.2 Muestra**

El total de pacientes con diagnóstico de óbito fetal atendidas en el HSVP entre 2015 y 2017 fue de 77 casos, de los cuales un caso fue descartado debido a que su historia clínica no fue encontrada en el archivo de estadística, por lo que se procedió al análisis de un total de 76 historias clínicas.

### **3.4.3 Criterios de inclusión**

- Registros en historias clínicas de las pacientes que han sido diagnosticadas con óbito fetal.

### **3.4.4 Criterios de exclusión**

- Registro de las pacientes con un embarazo de menor de las 20 semanas de gestación o feto con un peso menos de 500 gramos.
- Ausencia de historia clínica.

### 3.5 Operacionalización de variables

**Objetivo específico 1.-** Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos
Características socio demográficas	Es el conjunto de características biológicas, sociales y culturales de la población de estudio, tomando aquellas que son medibles. (27)	Características sociales	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q.D.</li> <li>• Estudiante</li> <li>• E. privada</li> <li>• Comerciante</li> <li>• Otros</li> </ul>	Ficha de Registro.
		Características demográficas	Edad cumplida en años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• menos de 20 años</li> <li>• Entre 21 y 35 años</li> <li>• Mayor de 35 años</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Etnia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestiza</li> <li>• Indígena.</li> <li>• Afroecuatoriano.</li> </ul>	Ficha de Registro.

				• Otros.	
			Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z. urbana</li> <li>• Z. rural</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Nivel de educación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> <li>• Ninguna</li> </ul>	Ficha de Registro.

**Objetivo 2.-** Determinar la frecuencia de óbito fetal en el periodo de estudio.

Se tabulará el número de casos de óbito fetal de cada año 2015, 2016, 2017 y por meses.

**Objetivo 3.-** Identificar los factores de riesgo materno asociados al óbito fetal que presentó la población de estudio.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos
Factores de riesgos asociados a la madre.	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad asociado a la madre. (28)	Antecedentes de la madre.	Aborto anterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Óbito anterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaco</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Drogas</li> </ul>	Ficha de Registro.
		Comorbilidades	Anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Isoinmunización Rh	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.

			VDRL+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Infección de vías urinaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Hipertensión arterial inducida en el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• Síndrome de Hellp</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Diabetes gestacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Obesidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Embarazo prolongado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Embarazo múltiple	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Ficha de Registro.
			Ruptura prematura de membranas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> </ul>	Ficha de Registro.

				• No	
		Complicaciones del embarazo	Desprendimiento prematuro de placenta	• Si • No	Ficha de Registro.
			Ruptura uterina	• Si • No	Ficha de Registro.
			Desproporción cefalopélvica	• Si • No	Ficha de Registro.

### **3.6 Método y técnicas para la recolección de la información**

Para la recolección de datos se realizó una solicitud de permiso al director encargado del Hospital San Vicente de Paúl para acceder a la información en el departamento de estadística con relación a los casos de óbito fetal en las pacientes atendidas durante el periodo 2015 al 2017, luego de este hecho se realizó la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de óbito fetal, usando la ficha de registro donde se establece el número de casos de óbito fetal en el periodo de estudio y los factores de riesgo maternos.

### **3.7 Análisis de datos**

Para el análisis se utilizó el programa SPSS 2.0 y la base de datos previamente recogida en Excel 2017.



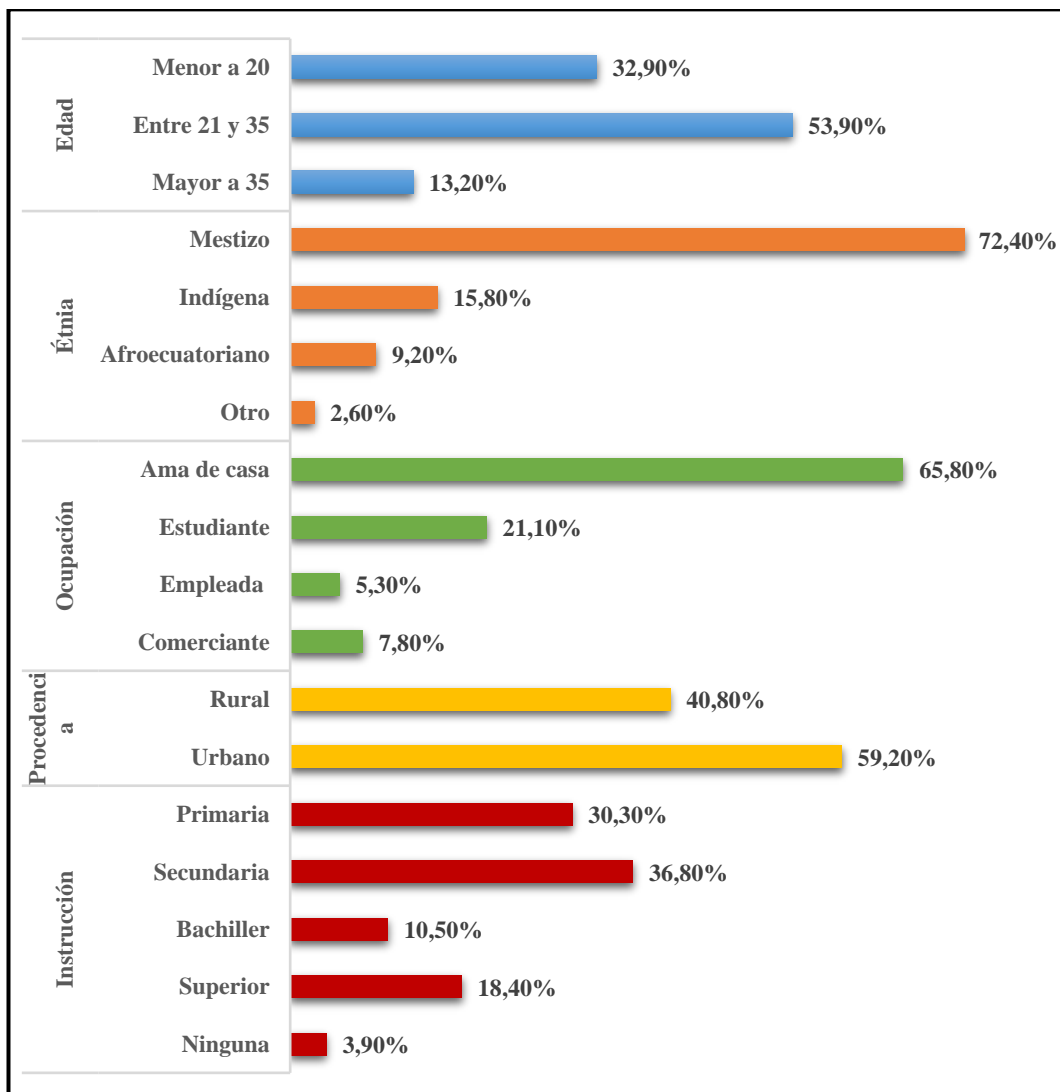
## CAPÍTULO IV

### 4. Resultados de la investigación

En relación con los objetivos de la investigación se exponen los siguientes resultados:

#### 4.1 Características sociodemográficas de las mujeres gestantes que ingresaron con diagnóstico de óbito fetal al Hospital San Vicente de Paul durante el período 2015 al 2017.

**Gráfico 1.** Características sociodemográficas de la población de estudio.



**Análisis:** De acuerdo con los datos obtenidos de las historias clínicas, se encontró que la mayor frecuencia de casos de óbito fetal son en mujeres gestantes de 21 a 35 años (53,9%), y entre las edades que son determinadas como embarazo de mayor riesgo menores de 20 años con un (32,9% ) y mayores de 35 años con (13,2%), la cual concuerda con un estudio realizado en el Hospital San Vicente de Paúl del cantón Pasaje en el 2014, que demuestra que el 53 % representa a las madres entre las edad de 20 a 35 años (9). En el Hospital Teófilo Dávila de Machala en el 2014, muestra que la mayor población que obtuvo el diagnóstico de óbito fetal fueron las mujeres menores de 20 años y mayores que 35 años, con un porcentaje sumados entre los dos es un valor de (56%) (8). Con este resultado podemos identificar claramente que la edad es un factor de riesgo, aunque no es modificable es muy importante ya que está asociado a la muerte fetal, y que con la debida educación podemos prevenir este diagnóstico para las futuras madres.

En relación con la etnia la gran mayoría de casos de óbito fetal se dio en la población mestiza (72,4%), esto concuerda con los resultados en el Hospital Teófilo Dávila de Machala en el 2014, que indica a la mayor población con diagnóstico de óbito fetal es en la población mestiza con un 78%. (8)

En cuanto a la ocupación en las que se encontraron las madres gestantes la mayoría eran amas de casa (65,8%), seguidas de un 21,1% que se dedicaban a estudiar o a culminar sus estudios, estos resultados concuerdan con la investigación realizada en el hospital civil San Vicente de Paul del cantón Pasaje en el 2014 donde se encontró que la mayoría de las madres de dicho estudio se dedicaban a los quehaceres domésticos, asociada esta condición a que las madres dejan sus estudios y no pueden adquirir conocimientos sobre los factores de riesgo de un embarazo o en el caso de las adolescentes no tienen un buen uso de los métodos anticonceptivos o no saben de ellos. (9)

En relación con el lugar de procedencia de las madres que tuvieron el diagnóstico de muerte fetal, la mayoría residen en la zona urbana con un 59,2% y en la zona rural 40,8%, situación que pude estar influenciada al desconocimiento sobre los signos de

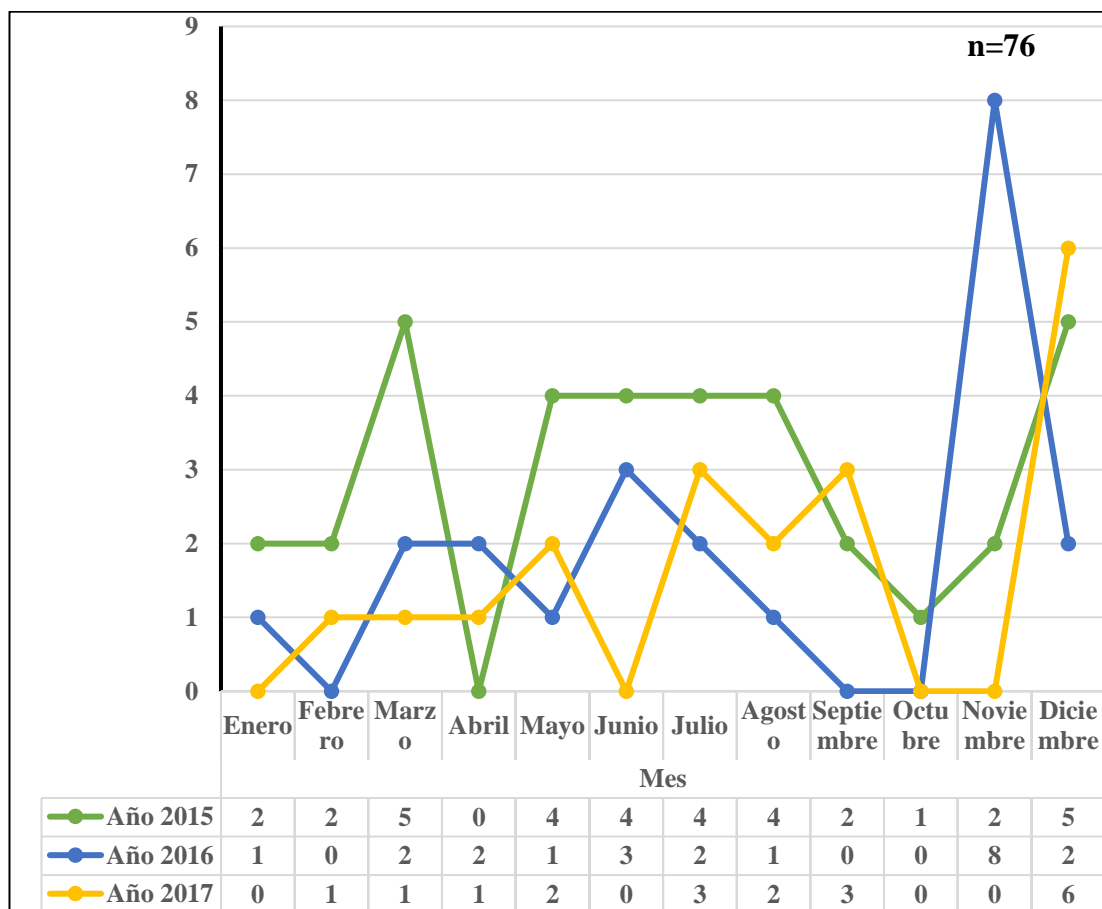
alarma que se presenta durante el embarazo o porque las madres gestantes por el hecho de residir en la zona rural muy alejada del hospital no tienen fácil acceso a este servicio y la demora de este provocaría o llegaría a obtener muerte fetal tardía.

En cuanto al nivel de escolaridad de las madres gestantes se encontró que la mayoría estaban concentradas entre primaria y secundaria (30,3%, 36,8%). Este resultado está relacionado a la investigación sobre los factores de riesgo de muerte fetal en el Hospital civil San Vicente de Paúl del cantón Pasaje en el 2014, que la mayoría de las madres, llegan su nivel de escolaridad hasta la secundaria incompleta con un (53%), y no tienen la suficiente educación para saber sobre los cuidados y la importancia del embarazo.

(9)

**4.2. Casos de óbito fetal que se presentaron en el Hospital San Vicente de Paúl durante el período 2015 al 2017.**

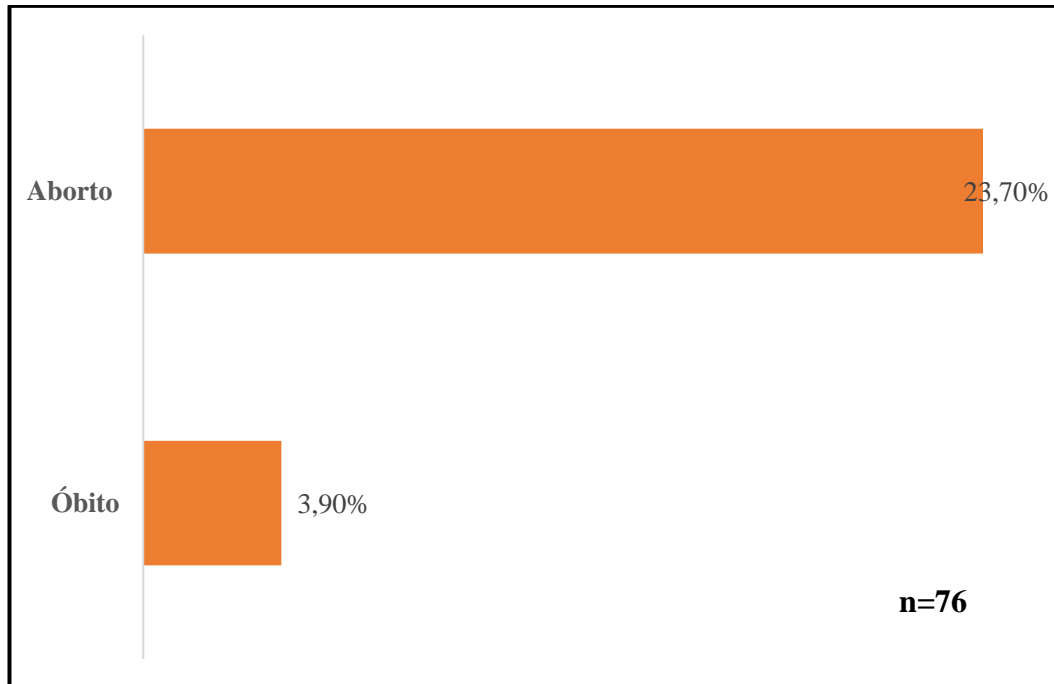
**Gráfico 2.** Número de casos de óbito fetal por meses y años durante el período 2015 al 2017, HSVP.



**Análisis:** En este gráfico se evidencia que la mayoría de los casos de óbito fetal en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra se dieron con mayor frecuencia en los meses de Diciembre (13), Noviembre (10), y Julio (9), del 2015 que fue el año con mayor incidencia en el período 2015 a 2017, siendo en el 2015 un total de 35 casos, 2016 con 22 casos y 2017 con 19 casos. Para el año 2014 según el anuario de defunciones fetales, se presentaron 1613 a nivel de todo el Ecuador, el cual representa un gran número identificable como un problema importante de salud pública. (4)

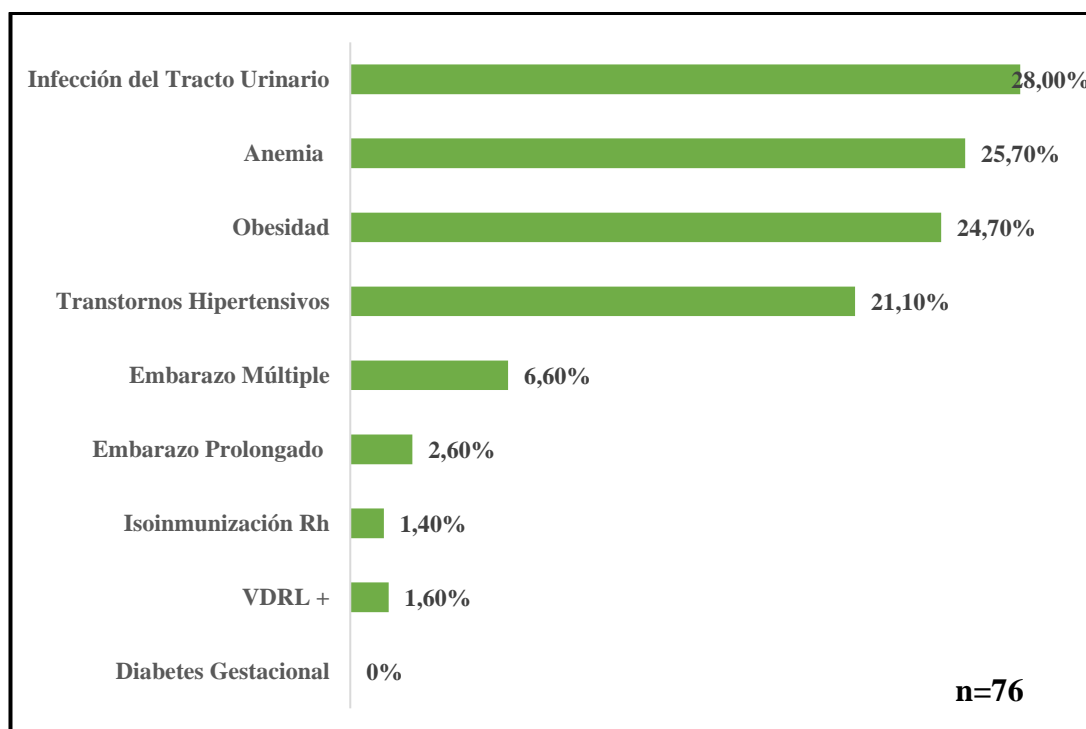
### 4.3. Factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal del Hospital san Vicente de Paúl durante el periodo 2015 al 2017.

Gráfico 3. Antecedentes maternos relacionados al Óbito fetal.



**Análisis:** Según el estudio realizado, dentro de los antecedentes obstétricos de la madre se encontró el haber presentado un aborto previo (23,7%) principalmente, y en menor frecuencia el antecedente de óbito (3,9%). Esto concuerda con un estudio realizado en el Hospital Teófilo Dávila de Machala en el 2014, las mujeres gestantes que obtuvieron un diagnóstico de óbito fetal contaban con antecedente de aborto con un (88%) (8). Esto representa que una de las causas de óbito fetal es por abortos y óbitos fetales previos, según la literatura, existe un riesgo de 5 a 10 veces mayor de recurrencia, por lo que es de mucha importancia que las madres en periodo de gestación reciban una adecuada atención prenatal (5).

**Gráfico 4.** Comorbilidades maternas relacionadas al óbito fetal.



**Análisis:** dentro de los factores de riesgo más relevantes con relación a las comorbilidades de la madre gestante, se encontraron a las infecciones de vías urinarias en primer lugar (28%), esto concuerda con la investigación realizada en el Hospital Teófilo Dávila de Machala en el 2014, que entre las patologías presentadas durante la gestación se encuentra a las infecciones de vías urinarias con un (88%) (8).

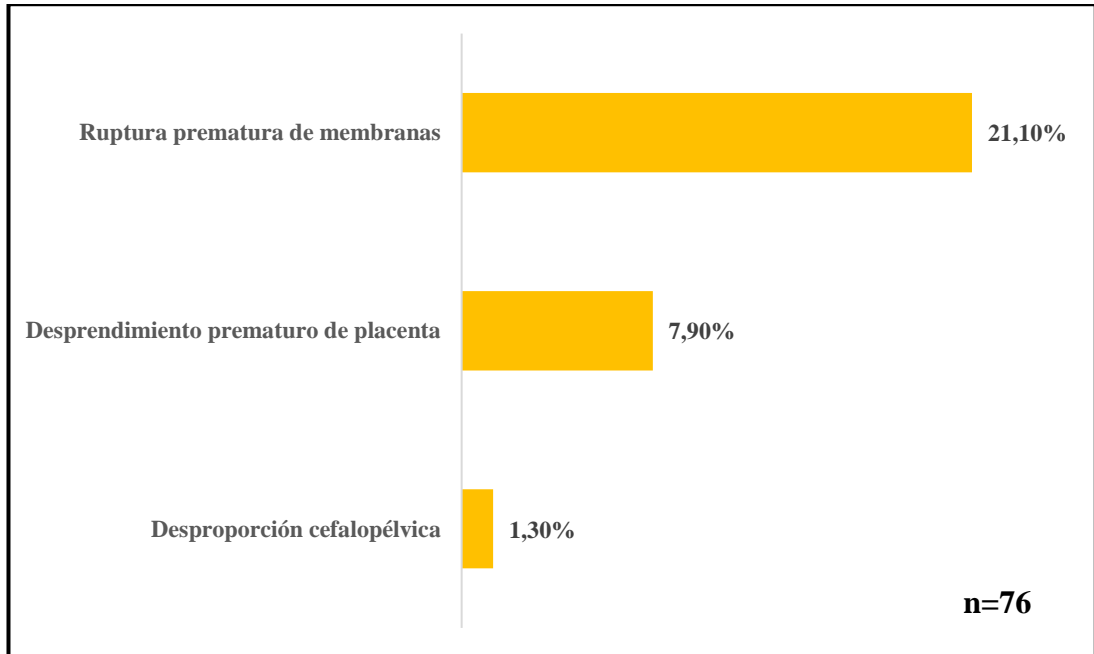
En segundo lugar, la anemia, con un valor en general englobando la anemia leve, moderada y severa (25,7%). La anemia durante el embarazo es muy común en nuestro país ya que conlleva a la disminución de la perfusión tisular, deficiencia placentaria y oligoamnios, estos causantes de óbito fetal, este estudio está relacionado a una investigación realizada en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el 2016, que el 12% de las pacientes estuvieron anémicas durante su periodo de gestación con mayor frecuencia en menores de 30 años (7).

La obesidad como tercer factor de riesgo relacionado a óbito fetal con un 24,7%, siendo este un factor de riesgo modificable, con la debida educación sobre una alimentación nutritiva, y realizar actividad física, se podría prevenir los óbitos fetales, ya que incrementa el riesgo a dos veces de poder padecer una muerte fetal tardía, estas

mujeres con un IMC alto, no pueden la facultad de sentir los movimientos fetales, por esta razón no conllevan a seguir un control constante del estado del feto, al igual estas mujeres sufren episodios de apnea del sueño, por lo que le lleva a la madre a la disminución de la saturación de oxígeno y conlleva a episodios de hipoxia fetal, e insuficiencia placentaria (7).

Los trastornos hipertensivos en el embarazo, ya sea preeclampsia, eclampsia o hipertensión crónica, es el cuarto factor de riesgo más frecuente que se presentó con óbito fetal (21,1%), el cual está relacionado con un estudio en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el 2016, el cual tuvo una frecuencia del (14%). Muchos estudios afirman que las mujeres que presenten trastornos hipertensivos sufren de muerte fetal tardía, ya que esto conlleva a la restricción del crecimiento intrauterino, oligoamnios, hematoma retro placentario, lo que puede llegar hasta un trabajo de parto prematuro (7).

**Gráfico 5.** Complicaciones obstétricas relacionadas al óbito fetal



**Análisis:** Las madres gestantes de los casos estudiados que tuvieron el diagnóstico de óbito fetal en relación con las complicaciones obstétricas, se obtuvo un resultado muy relevante con un 21,2% que presentaron ruptura prematura de membranas, lo que concuerda con el estudio realizado en el Hospital Teófilo Dávila de Machala en el 2014, que el (36%) presentaron ruptura prematura de membranas (8). Seguido de un (7,9%) con desprendimiento prematuro de placenta, el cual representa el 10-20% de todas las muertes fetales. (5)



## **CAPITULO V**

### **5. Conclusiones y Recomendaciones**

#### **5.1 Conclusiones**

En relación a los factores sociodemográficos que presentó la población de estudio con diagnóstico de óbito fetal en el Hospital San Vicente de Paúl en el periodo 2015 al 2017, aproximadamente la mitad se encontraba dentro de los 21 a los 35 años, la etnia mayormente afectada fue la mestiza, en cuanto a la ocupación la mitad de la población estudiada se dedican a los quehaceres domésticos por lo que su nivel de educación corresponde a que solo llegaron a la secundaria, y en relación a la procedencia la mayoría de gestantes viven en la zona urbana.

Se observó que durante el 2015 se presentó el mayor número de casos de óbito fetal en el periodo de estudio, siendo los meses de Julio, Noviembre y Diciembre los de mayor ocurrencia. En cuanto al comportamiento general de los casos presentados de óbito fetal durante los 3 años de estudio no se ve un patrón de comportamiento definido.

Dentro de los factores de riesgo maternos que se presentaron con mayor frecuencia en los casos de óbito fetal en el periodo de estudio se encuentran los relacionados con comorbilidades maternas, y dentro de estos los más frecuentes, la infección tracto urinario, la anemia en diferentes grados y la obesidad, siendo todos estos prevenibles en su totalidad. Con menor frecuencia, pero no menos importantes se encontraron factores relacionados con antecedentes maternos de aborto y complicaciones obstétricas como ruptura prematura de membranas, factores estos que suelen presentarse como consecuencia de las comorbilidades antes mencionadas.

El reconocer e intervenir oportunamente en los factores de riesgo asociados a óbito fetal, desde de tempranas etapas del embarazo e incluso antes, se vuelve indispensable

para disminuir la incidencia de este problema de salud, más aún cuando estamos frente a factores de tipo prevenible en su totalidad.

## **5.2 Recomendaciones**

Se recomienda al personal de salud tomar en cuenta los factores sociodemográficos de las pacientes, con el fin de educar a las futuras madres sobre la promoción de salud y la prevención de enfermedades, con el fin de brindar información sobre los factores de riesgo materno asociados al óbito fetal, a través de campañas de capacitación que mejoren el nivel de conocimiento y reconocimiento de estos factores, principalmente aquellos que son prevenibles de manera corresponsable por parte de las pacientes.

Se recomienda al personal de salud de todo el nivel de atención llevar un registro adecuado y monitoreo permanente del número de casos de mujeres de alto riesgo en el embarazo en el general y relacionar estos datos con otros monitoreos propios de la mujer gestante, para detectar a tiempo factores de riesgo que pueden ser intervenidos.

Es importante concientizar a la población sobre la muerte fetal y los factores asociados a la misma, con énfasis en el autocuidado y reconocimiento oportuno de problemas maternos y ambientales que pudieran estar asociados a este problema, abarcando aspectos de la madre de manera integral, es decir en las áreas biopsicosocial y ecológicas.

Se recomienda al personal de salud, hacer uso de este tríptico para que, en conjunto con las actividades educativas se pueda intervenir en la prevención del óbito fetal, dentro de los controles prenatales a los que las madres acudan. Tanto como a los controles prenatales acudan, como a los espacios extramurales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valladares Z, Garcia V, Bujan V, Couceiro E, Lopez C. Muerte fetal intrauterina: ¿podemos actuar en su prevencio? REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 2013; 78(6): p. 413-418.
2. Rangel MN. Scielo. [Online].; 2014 [cited 2018 febrero 7. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n3/v28n3a4.pdf>.
3. Diago VPPA, Cohen M, Perales M A. Muerte fetal tardia. In S.A EC, editor. Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil. Madrid: Ediciones Ergon; 2013. p. 29-36.
4. Instituto nacional de estadísticas y censos. www.inec.gob.ec. [Online].; 2014 [cited 2018 febrero 7. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf).
5. Copado Salido S, Galán M. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 9. Available from: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2015/clase2015\\_muerte\\_fetal.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_muerte_fetal.pdf).
6. Tinedo M,&SPF,&AFJ,&HHA,&SC,&DM. Muerte fetal: caracterización epidemiológica. Salus. 2016 Agosto; 20(2): p. 37-43.
7. Vásquez D, Alvarado S, Ponce D. Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil. [Online].; 2016 [cited 2018 enero 9. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/6542>.
8. Paladines Chicango AG. UTMACH. [Online].; 2014 [cited 2018 enero 9. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/848>.
9. Gonzalez D. UTMACHALA. [Online].; 2014 [cited 2018 enero 9. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/2077>.
10. UTN R. <http://repositorio.utn.edu.ec>. [Online].; 2017 [cited 2018 enero 9. Available from:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/861/2/02%20ICA%20106%20PARTE%20II.pdf>.

11. Galiano J. Sintesis Historica del Hospital San Vicente de Paul. Revista Ecuatoriana de Medicina. 1965; III(1).
12. HSVP. Hopsital San Vicente de Paul MSP. [Online].; 2017 [cited 2018 enero 9. Available from: <http://www.hsvp.gob.ec/index.php/66-direccion/historia>.
13. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La Teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad de atención. Scielo. 2014 Diciembre; xxxvi(6).
14. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías en enfermería Barcelona-España: Elsevier; 2011.
15. Ferrer CM. reproduccionasistida. [Online].; 2016 [cited 2018 enero 8. Available from: <http://www.reproduccionasistida.org/diferencias-entre-cigoto-embrion-y-feto/>.
16. Vogelmann R, Sánchez J, Sartori M. Muerte Fetal Intruterina. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2008 Diciembre; VI(188).
17. Barcelona HUd. Medicina fetal barcelona. [Online].; S.F. [cited 2018 enero 11. Available from: [https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_\\_fetal/isoimmunizacion%20y%20transfusion%20intrauterina.pdf](https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia__fetal/isoimmunizacion%20y%20transfusion%20intrauterina.pdf).
18. Salud BdlOMdl. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2013 [cited 2018 enero 11. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/3/12-107623-ab/es/>.
19. Ministerio de Salud Pubica. CONASA. [Online].; 2008 [cited 2018 enero 11. Available from: <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/2.%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf>.
20. Danforth's Obstetrics and Gynecology & American College of Nurse-Midwives. American Pregnancy. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 11. Available from: <http://americanpregnancy.org/es/labor-and-birth/cephalopelvic-disproportion/>.

21. Asamblea Nacional. [www.asambleanacional.gov.ec](http://www.asambleanacional.gov.ec). [Online].; 2008 [cited 2018 enero 13. Available from: [http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf).
22. Sostenible OdD. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 25. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>.
23. Vivir PNdB. Buen Vivir. [Online].; 2013 [cited 2018 Enero 13. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/33#tabs1>.
24. Salud LOd. Toda una vida. [Online].; 2012 [cited 2018 enero 13. Available from: [http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf).
25. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CIE PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA. Consejo internacional de enfermeras. [Online].; 2012 [cited 2018 enero 13. Available from: <http://publicaciones.san.gva.es/val/prof/enfermeria/documentacion/codigocie2006.pdf>.
26. Médicas CdOIdIC. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. [Online].; 2016 [cited 2018 enero 13. Available from: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf).
27. Diaz D, Gutierrez A, Fernandez C, Sanchez R. Centros de integracion Juvenil. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 12. Available from: <http://riiad.org/index.php/riiad/article/view/riiad.2015.1.03/122>.
28. Salud OMdl. World of health organization. [Online].; 2018 [cited 2018 enero 12. Available from: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/).
29. SEMPLADES. BUEN VIVIR. [Online].; 2013. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.
30. Salud OMdl. La Biblioteca de la salud reproductiva OMS. [Online].; 2016. Available from:

[http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/antenatal\\_care/nutrition/cd001059\\_penasrosaspj\\_com/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/nutrition/cd001059_penasrosaspj_com/es/).

31. Bebes ymas. [www.bebesymas.com](http://www.bebesymas.com). [Online].; 2012. Available from: <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-prenatales>.
32. Merck Sharp & Dohme Corp. [www.msmanuals.com](http://www.msmanuals.com). [Online].; 2016. Available from: <http://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>.
33. Medline plus. Medline plus. [Online].; 2017. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000898.htm>.
34. El embarazo. El embarazo. [Online].; 2015. Available from: <http://semanas.embarazo.net/el-embrion.html>.
35. Embarazo precoz. Embarazo precoz. [Online].; 2014. Available from: <http://embarazoprecoz.org/>.
36. Ricardo DOR. <http://gsdl.bvs.sld.cu>. [Online].; 2014. Available from: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0ginecolo--00-0---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-hr-50---20-preferences---00-0-1-00-0-0-11-1-0windowsZz-1250-00&a=d&c=ginecolo&cl=CL3.1&d=HASH0bcf14bb690288ea7fabf9.2>.
37. [Online].
38. Araujo H, Martín C, Delgado G, Lara N, Rodriguez N. Comportamiento de algunos factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Docente Luis Enrique de la Paz Reyna, 2008-2010. *Multimed*. 2013; III(17).
39. Pública MdS. Salud. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 12. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
40. Milenio OdDd. Organización de las Naciones unidas. [Online].; 2015 [cited 2018 enero 13. Available from: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/childhealth.shtml>.

## ANEXOS

### Anexo 1.- Archivo fotográfico

<p>Solicitud dirigida al director del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra, Lyther Reyes, para la autorización de poder realizar la recopilación de información de las historias clínicas.</p>	<p>Hoja de autorización dirigida a la ejecutora supervisora de centro obstétrico, y al coordinador de admisiones del HSVP, para realizar la recolección de información.</p>
<p>Recolección de información del número de historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de óbito fetal, situadas en el libro de registro del servicio de Centro Obstétrico</p>	





Señorita Pamela Túa en revisión de historias clínicas para la recolección de datos.



Señorita Pamela Túa ingresando información a la ficha de recolección de datos.

Información requerida de la hoja perinatal para ingresar a la base de datos.

## Anexo 2. Tríptico para la prevención de óbito fetal

### ¿Cómo prevenir el óbito fetal?



- Acudir al médico para planificar el embarazo.
- Realizarse los controles prenatales al menos una vez al mes y cada vez que tengas algún problema.
- Tomar los suplementos indicados por el médico.
- Formar una red de apoyo con familiares y personas de confianza.
- Asistir a charlas educativas que brinden los servicios de salud.
- Formar un plan de salida de mi hogar hacia el subcentro u hospital cercano.



### REPASANDO LO APRENDIDO

Encuentre en la sopa de letras las siguientes palabras clave sobre los signos de alarma:

- Feto sin movimiento
- Salida de **Líquido**
- **Sangrado** vaginal
- **Fiebre**
- **Náusea**
- **Vómito**
- **Dolor abdominal**
- **Contracción** uterina antes del parto antes del parto.

D	A	F	H	I	O	U	V	B	A	E	C	N
V	R	P	E	N	D	O	L	O	R	V	A	N
E	L	A	V	J	A	K	A	B	M	A	D	G
P	L	T	W	Z	Q	R	E	R	K	I	O	P
S	I	N	M	O	V	I	M	I	E	N	T	O
G	Q	F	W	A	F	E	R	O	C	E	L	O
J	U	T	E	D	S	I	H	B	U	Y	C	F
R	I	D	J	G	S	A	N	G	R	A	D	O
I	D	O	U	G	E	A	T	S	T	R	L	T
C	O	N	T	R	A	C	C	I	O	N	A	E
W	K	Q	F	E	U	A	E	S	U	A	N	A



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE



ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PORQUE LA META ES... ESTAR JUNTOS**



**NO PREPARES EL CAMINO PARA TU BEBE: PREPARA AL BEBE PARA EL CAMINO**

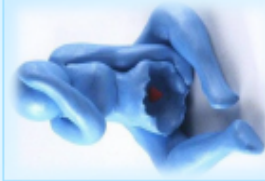
Autor: Pamela Tún  
Tutor: Wladimir Ebez



## ¿QUE ES EL OBITO FETAL?

El óbito fetal, o muerte fetal tardía, es la muerte del feto mientras se encuentra en el útero de la madre después de las 20 semanas o hasta la expulsión completa del cuerpo fetal fuera del útero.

Fuente: [Nativity.com/blog](http://Nativity.com/blog)



Además, es un problema de salud pública, porque no solo se pierde a un nuevo integrante de la familia, sino que también la madre llega a experimentar problemas físicos y psicológicos, que ponen en riesgo su vida y/o generan problemas en su trabajo y familia.

## ¿Cuales Factores de riesgo?

Los factores de riesgo son aquellas características individuales y ambientales, que favorecen a la aparición de enfermedades.

Los factores de riesgo maternos asociados al óbito fetal son:

- Edad: < 20 y > de 35 años
- Aborto anterior
- Óbito anterior
- Anemia
- Consumo de alcohol y drogas
- Obesidad
- Infección de vías urinarias
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Embarazo gemelar
- Ruptura prematura de membranas
- Desprendimiento de placenta
- Isoimmunización Rh



Fuente: [sumedico.com/blog](http://sumedico.com/blog)

## ¿Cuales son los signos de alarma de un óbito fetal?

Si presentas estos síntomas la vida de tu bebe puede estar en riesgo:

- Desaparición de los movimientos fetales.
- Salida de liquido a través de la vagina.
- Sangrado vaginal.
- Dolor abdominal o contracciones antes del parto.
- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Náusea y vómito.

## ¿Qué hago si presento estos síntomas?

1. Tranquilizarme y llamar a un familiar de confianza.
2. Dirigirme al centro de salud u hospital mas cercano sin importar la hora.
3. Llevar conmigo el carnet de control prenatal y exámenes como ecografías, sangre, orina, etc. que tenga a la mano.

## SUMARY

### **Maternal risk factors associated with fetal death in the obstetric center service of San Vicente de Paul Hospital during the period 2015 to 2017**

Katherine Pamela Túa Andrade  
Technical University of North, Nursing Career

[ktherinp@hotmail.com](mailto:ktherinp@hotmail.com)

The fetal death is defined as late fetal death which occurs after 20 weeks of gestation, without having presented the labor, it took place in this research. The main objective was to determine the maternal risk factors associated with fetal death in the obstetric center service in San Vicente de Paul Hospital during the period 2015 to 2017; in this research the following methodology was used, descriptive, retrospective methodology, quantitative, not experimental; the study was applied to pregnant mothers who entered to the Obstetric service center which had a sample of 76 cases of fetal death; this information was obtained using a record card with the data collected from the clinical history. The main results and conclusions that are found were: in relation to sociodemographic factors, they were presented with greater frequency in pregnant women within the ages of 25 to 35 years old, residents in the urban area, of mixed ethnicity, in terms of occupation they are dedicated to the domestic chores so their level of education corresponds to the secondary level. The risk factors related to maternal comorbidities were urinary tract infections, anemia in its different degrees and obesity, in terms of less frequent factors, but no less important were maternal history of abortion and maternal complications such as premature rupture of the membranes, which usually occurs as a consequence of the aforementioned comorbidities. The frequency of these cases, occurred frequently in the months of June, November and December, which was observed that in 2015 there was the largest number of cases of fetal death.

Key word: fetal death, risk factors, Hospital San Vicente de Paul, Ibarra



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Katherine Pamela Túa Andrade'.

## irkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS OBITO FETAL PAMELA TUA - 2017.docx (D35503129)  
Submitted: 2/9/2018 10:23:00 PM  
Submitted By: webaez@utn.edu.ec  
Significance: 3 %

### Sources included in the report:

Sonia Revelo 08-02-2016.docx (D17667222)  
[p://repositorio.unan.edu.ni/7344/1/97462.pdf](http://repositorio.unan.edu.ni/7344/1/97462.pdf)  
[p://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/](http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/)  
[p://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)  
[p://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo.](http://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo)

### Instances where selected sources appear: