



**UNIVERSIDAD DE MACHALA
UNIDAD ACADEMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL EN
USUARIAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA
DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013.**

AUTORA:

ANGELICA GEOVANNA PALADINES CHICANGO

TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

LCDA. SANDRA FALCONI PELAEZ

MACHALA

EL ORO

ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

LCDA. SANDRA FALCONI PELAEZ

CERTIFICA:

Haber revisado el trabajo de titulación titulado: **“FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013”**. Cuya autora es la Egresada de Enfermería **ANGELICA GEOVANNA PALADINES CHICANGO**, la que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la Escuela De Enfermería de la Facultad De Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

Lcda. Sandra Falconi Peláez
TUTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis, estadísticas vertidas en el presente trabajo de investigación es de absoluta responsabilidad de la autora.

ANGELICA GEOVANNA PALADINES CHICANGO
AUTORA

CESION DE DERECHO DE AUTORIA

Yo, **ANGELICA GEOVANNA PALADINES CHICANGO** con cedula de identidad **0704736040**, egresada de la escuela de enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable del presente trabajo de titulación **“FACTORES RELACIONADOS A MUERTE FETAL EN USUARIAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013”**, certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenece exclusivamente a mi autoría; una vez que ha sido aprobada por mi tribunal de sustentación autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autor a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que crea conveniente.

ANGELICA GEOVANNA PALADINES CHICANGO
0704736040
AUTORA

DEDICATORIA

Es grato dedicar este trabajo de investigación a DIOS todopoderoso único por haberme dado su sabiduría y Espíritu santo para poder culminar satisfactoriamente con mis estudios y haber llegado hasta el logro de mi meta, además dedico este trabajo y esfuerzo a mi madre quien me han apoyado en las buenas y en las malas siempre llenándome de sus sabios consejos, a mi querido esposo, que con su comprensión y perseverancia apporto para que mi estadía por la Universidad sea un éxito.

GEOVANNA

AGRADECIMIENTO

Agradezco de todo corazón a Dios por brindarme la oportunidad de escalar un peldaño más en mi vida y por demostrarme que siempre estas a mi lado ya sea en las buenas o en las malas, a mis padres, familia por su amor, cariño y comprensión ya que en todo momento los llevo conmigo, a la Universidad Técnica De Machala por formarme como Licenciada en Enfermería. Agradezco a mis maestros (as) por sus conocimientos, disposición y ayuda brindada. No es fácil llegar, se necesita esfuerzo, lucha y deseos, pero sobre todo el apoyo como el que he recibido durante todo este trabajo de investigación a la Lcda. Sandra Falconi Director de tesis y a los miembros de la revisión de mi tesis por la paciencia y confianza para la culminación de la misma.

LA AUTORA

INDICE

PORTADA	
CERTIFICACIÓN	
RESPONSABILIDAD	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE	
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
SISTEMATIZACIÓN	5
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
JUSTIFICACIÓN	7
CAPÍTULO I MARCOTEORICO	
1.1 GENERALIDADES DE LA MUERTE FETAL	8
1.1.1 Definición	8
1.1.2 Fundamentación teórica	9
1.1.3 Epidemiología	10
1.2 FISIOPATOLOGÍA DE LA MUERTE FETAL	11
1.3 CAUSAS	13
1.4 HALLAZGOS	15
1.5 FACTORES DE RIESGO CORRELACIONADOS A MUERTE FETAL	16
1.5.1 Etnia	17
1.5.2 Estrato socioeconómico bajo	17
1.5.3 Edad materna avanzada	18
1.5.4 Obesidad	18
1.5.5 Trombofilias	19
1.5.6 Hipertensión arterial	20
1.5.7 Diabetes Mellitus	20

1.5.8 Falla renal	21
1.5.9 Infección	21
1.5.10 Embarazos múltiples	21
1.5.11 Seguimiento de las pacientes en riesgo	22
1.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	
1.6.1 Teorías de enfermería	23
1.6.2 Valoración	25
1.6.3 Diagnósticos de enfermería	27
1.6.4 Planificación	28
1.6.5 Ejecución	28
1.6.6 Evaluación	29
HIPÓTESIS	30
VARIABLES	31

CAPÍTULO II MATERIALES Y METODOS

2.1 Tipo de investigación o estudio	32
2.2 Diseño de estudio	32
2.3 Área de estudio	32
2.4 Universo y muestra	34
2.5 Métodos técnicas e instrumentos	35
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	38

CAPÍTULO III ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	40
3.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE INTERVENCIÓN	53
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	

RESUMEN

El síndrome de muerte fetal se define como la muerte del feto que se presenta después de la semana 20 de gestación, en ausencia de trabajo de parto instaurado. Constituye un tercio de toda la mortalidad fetal e infantil y más de 50% de todas las muertes perinatales en los países desarrollados. Las causas de muerte fetal raramente se reportan y la mayoría se desconoce. Se pretende con este artículo hacer una revisión que permita entender la fisiopatología de la entidad, evaluar los factores de riesgo y tratar de brindar a nuestras pacientes la posibilidad de un embarazo exitoso. Que tuvo como objetivo general; Determinar los factores relacionados a muerte fetal en usuarias atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013. Para lo cual se plantea un estudio de tipo descriptivo, el mismo que consto de 3 fases, la primera de levantamiento de información mediante encuesta la segunda fase fue sobre el diseño e implementación de un programa educativo basado en la prevención de complicaciones y realidad del parto pre término. La tercera fase de evaluación en la que se valorara los conocimientos adquiridos sobre uso del preservativo, actitudes traducidas en la práctica, se obtuvo como resultado la implementación de un programa educativo con enfoque de educación a las usuarias para lograr cambios en las actitudes y prácticas del auto cuidado de la salud.

INTRODUCCIÓN

La muerte fetal, según la Organización Mundial de la Salud, es la pérdida de una gestación in útero a partir de las 22 semanas y un peso mayor a 500g. El American College of Obstetrician and Gynecologists la define como la pérdida de una gestación in útero de 20 semanas de gestación y mayor a 500g. Constituye, en general, un tercio de toda la mortalidad fetal e infantil y más del 50% de todas las muertes perinatales en los países desarrollados. Se estima que por cada 1.000 nacimientos se presentan 5,3 (rango, 4,2 a 6,8) muertes fetales en los países desarrollados y 25,5 (rango, 20 a 32) en los países en desarrollo. Existen tres tipos de muerte fetal, las que se clasifican según el tiempo en el que ocurra. Muerte fetal temprana: Se produce antes de cumplirse 20 semanas de gestación. Muerte fetal intermedia: Se presenta entre las semanas 20 y 27. Muerte fetal tardía: Sucede a partir de la semana 28 de gestación.

La tasa de muerte fetal promedio de Canadá y Estados Unidos de Norteamérica es de 7/1000 nacidos vivos, mientras que en Sudamérica es de 21/1000 nacidos vivos, en Centroamérica de 35/1000 nacidos vivos, en el Caribe no latino de 34/1000 nacidos vivos y en el Caribe latino de 53/1000 nacidos vivos en Ecuador 45/1000. Según el INEC (Instituto De Estadísticas Y Censo) en el Ecuador la tasa de mortalidad fetal por regiones es la siguiente; en la región sierra se da en un 63,48/1000 nacidos vivos, en la costa 38,8/1000 nacidos vivos, en la región insular se presenta en un 2,77/1000, en el oriente 19,82/1000 nacidos vivos, observándose una mayor frecuencia de presentación en las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas, Pichincha, Guayas, Carchi y La provincia de El Oro con 5,85/1000 nacidos vivos.

La causa del óbito fetal habitualmente es compleja y muy difícil de definir. Casi el 40 % de los casos, a pesar de las investigaciones cuidadosas que se efectúan, permanecen desconocidos en la actualidad, no obstante a los

adelantos científicos, aún permanece desconocido entre 17 y 33 % de los casos. Para obtener cifras útiles es necesario contar con definiciones estandarizadas de las causas de muerte fetal. Sin embargo, aunque en la mayoría de las muertes fetales la causa definitiva puede no ser reconocida, es posible definir algunas categorías amplias. En aproximadamente la mitad del total de las muertes fetales, la causa inmediata es la **hipoxia**, la cual es 2 veces más frecuente como causa de muerte fetal intraparto que preparto. Desde el punto de vista clínico, las causas pueden ser numerosas y tener su origen en la madre o en el feto.

En la bibliografía mundial se han reportado varios factores socio-demográficos, obstétricos y médicos asociados a muerte fetal siendo los más importantes el no control prenatal, edad materna > 35 años; retardo crecimiento intrauterino (RCIU), paridad, abortos previos, antecedente de muerte fetal, período intergenésico < a 6 meses, hemorragia del tercer trimestre (HTT), preeclampsia, eclampsia, malformaciones fetales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la provincia de El Oro la tasa de mortalidad fetal para el año 2011 fue de 5,85 por 1000 nacidos vivos, en el hospital Teófilo Dávila se observa una frecuencia de 480 gestantes por mes las cuales ingresan por las diferentes áreas como emergencia, centro obstétrico, consulta externa, a hospitalización ginecológica de las cuales aproximadamente el 5% presentan muerte fetal lo que constituye una situación de riesgo físico, biológico y psicológico para la madre especialmente cuando se asocia a diferentes factores como la edad materna, las características o antecedentes ginecológicos y obstétricos, la presentación de patologías maternas, un bajo nivel educacional, baja autoestima, pareja inestable o ausente, entre las consecuencias que puede presentar la madre durante el proceso de muerte fetal ya que pueden producirse embolias sépticas y la muerte de la madre. Con estos antecedentes se hace necesario identificar los factores correlacionados a muerte fetal para extremar los cuidados en los grupos de mayor riesgo, con lo cual se contribuirá a crear o mejorar la calidad de los programas preventivos.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Qué factores relacionados a muerte fetal en usuarias atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013?

SISTEMATIZACION

- ¿Qué Características obstétricas tienen las usuarias que presentaron muerte fetal atendida en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013?
- ¿Cuáles son las características médicas de las usuarias que presentaron muerte fetal atendida en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013?
- ¿Qué hallazgos anatómo patológicos se encontraron en las mujeres que presentaron muerte fetal atendida en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores relacionados a muerte fetal en usuarias atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar las Características obstétricas de las usuarias que presentaron muerte fetal atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013.
2. Identificar las características médicas de las usuarias que presentaron muerte fetal atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013.
3. Definir hallazgos anátomo patológicos se encontraron en las mujeres que presentaron muerte fetal atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el primer semestre del año 2013.
4. Realizar un programa educativo dirigido a las usuarias sobre la prevención de muerte fetal.

JUSTIFICACION

Según el INEC (Instituto De Estadísticas Y Censo) en el Ecuador la tasa de mortalidad fetal por regiones es la siguiente; en la región sierra se da en un 63,48/1000 nacidos vivos, en la costa 38,8/1000 nacidos vivos, en la región insular se presenta en un 2,77/1000, en el oriente 19,82/1000 nacidos vivos. La muerte fetal es el resultado de la interacción de diferentes y complejos procesos fisiopatológicos que ocurren en la madre, el feto y la placenta, cuya contribución es variable. Sin embargo, la causa debe considerarse como aquella inicial capaz de causar la secuencia de eventos que desencadenan la muerte del feto. En cada caso individual los hallazgos pueden considerarse como factores de riesgo y causas al mismo tiempo, como sucede con la hipertensión y el retardo del crecimiento intrauterino, e incluso, muchas de estas condiciones pueden estar relacionadas con la pérdida aun sin desencadenarla. La muerte fetal es una catástrofe obstétrica además de ser un duro golpe para las familias y la madre en quienes crea un sentimiento de culpa y miedo a salir nuevamente embarazada por el temor a que este problema se repita. Además, la presente investigación es de gran utilidad para poder tomar en cuenta en el momento de ofertar los diferentes servicios de salud de los tres niveles de atención a este grupo de usuarias, además para mediar las acciones a los grupos de mayor riesgo, los beneficiarios serán las embarazadas asistentes al área de ginecología del hospital Teófilo Dávila, donde se realizara un programa educativo a favor de las beneficiarias. Además que estaré aportando con lo que dicen los objetivos del plan del buen vivir sobre todo con el tercero que indica mejorar la calidad de vida de las personas.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 GENERALIDADES MUERTE FETAL

1.1.1 DEFINICIÓN

Un óbito fetal se define como la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 ó de fetos con peso mayor de 500 g, lo cual correspondería a un feto de 22 semanas de gestación, lo anterior, 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. Es de anotar que, de acuerdo con los reportes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (DANE), la edad de gestación que se debe considerar es de 22 semanas, lo cual concuerda internacionalmente con el peso descrito.

La definición del DANE para muertes *in útero* es como sigue la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria (<http://www.dane.gov.co/>). La muerte fetal es el resultado de la interacción de diferentes y complejos procesos fisiopatológicos que ocurren en la madre, el feto y la placenta, cuya contribución es variable. Sin embargo, la causa debe considerarse como aquella inicial capaz de causar la secuencia de eventos que desencadenan la muerte del feto. Con frecuencia, la causa del óbito fetal es difícil de identificar y, aunque los porcentajes son variados según la serie en estudio, muchos quedan catalogados como

inexplicados, aunque se haga una investigación exhaustiva de las causas potenciales, ya sea por no encontrar una relación causal o porque más de un factor contribuye significativamente, súper poniéndose. En cada caso individual los hallazgos pueden considerarse como factores de riesgo y causas al mismo tiempo, como sucede con la hipertensión y el retardo del crecimiento intrauterino, e incluso, muchas de estas condiciones pueden estar relacionadas con la pérdida aun sin desencadenarla. El origen multifactorial de esta entidad no es discutible.

1.1.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En un estudio que tuvo como objetivo: Identificar las causas de los casos de muerte fetal, así como sus características sociodemográficas, Clínicas, patológicas, y la tasa. *Materiales y métodos:* Se realizó un estudio descriptivo. Se buscaron los casos de Muerte fetal en el libro de registros del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre agosto 2003 y noviembre 2004. Se buscaron las historias clínicas e informes anatómicos correspondientes recopilándose los hallazgos. *Resultados:* Se encontraron 61 casos de muerte fetal, 47 se incluyeron en el estudio. Se registraron 4524 nacidos vivos. La tasa de muerte fetal fue 13,48 por 1000 nacidos vivos. Edad gestacional Promedio fue de 28,29 semanas y peso promedio de 1277,86g. La edad menor a 35 años (76,59%), ausencia de Control prenatal o control prenatal inadecuado (66,66%), paridad menor a 4 (86,96%), antecedente de aborto (21,73%), pequeño para edad gestacional (PEG) (28,26%), hemorragia del tercer trimestre (HTT) (17,39%), Preeclampsia (8,69%) y hallazgos anormales placentarios (23,28%) fueron las características sociodemográficas, Clínicas y patológicas más frecuentes. El 59,27% de los casos presentaba informe de patología. No se logró inferir causa alguna en 36,2%. *Conclusiones:* Los casos de muerte fetal durante el periodo

de estudio no contenían los Datos tanto clínicos como patológicos suficientes para identificar claramente las causas de muerte fetal. (RevMedHered 2005; 16:260-265).

En otro estudio El síndrome de muerte fetal se define como la muerte del feto que se presenta después de la semana 20 de gestación, en ausencia de trabajo de parto instaurado. Constituye un tercio de toda la mortalidad fetal e infantil y más de 50% de todas las muertes perinatales en los países desarrollados. Las causas de muerte fetal raramente se reportan y la mayoría se desconoce. Se pretende con este artículo hacer una revisión que permita entender la fisiopatología de la entidad, evaluar los factores de riesgo y tratar de brindar a nuestras pacientes la posibilidad de un embarazo exitoso.

Se realizó una revisión de la literatura existente de acuerdo con las bases de datos pubmed, EBSCO, Ovid y Proquest, desde el año 2000 hasta 2008. A pesar de la disminución significativa de los óbitos fetales en las últimas décadas, sigue siendo un serio problema de salud pública, no sólo por ser una condición prevalente, sino por el subregistro y la ausencia de reportes confiables.

1.1.3 Epidemiología

Las estadísticas Mundiales no son comparables, pues en algunos países se incluyen pérdidas muy tempranas de la gestación y en otros hay pobre o deficiente registro e información, como ocurre en la mayoría de países subdesarrollados. Aunque los sistemas de registro no siguen criterios de inclusión uniformes, se estima que por cada 1.000 nacimientos se presentan 5,3

(rango, 4,2 a6,8) muertes fetales en los países desarrollados y 25,5 (rango, 20 a 32) en los países en desarrollo.

La evaluación del riesgo por sí sola, parece ser cada vez menos útil en la predicción de complicaciones en la Gestación pues, aun sin importar los riesgos calculados, 90 a 95% de los Embarazos dan como resultado un recién nacido vivo y sano, lo cual contrasta con un gran número de óbitos fetales que ocurren en embarazos identificados como de bajo riesgo. A pesar de haber disminuido dramáticamente sus tasas de presentación en los últimos 40 años, todavía se presenta gran dificultad en la evaluación y en la identificación de factores de Riesgo, como obesidad, ser el primer parto, edad materna avanzada en la primera gestación y las gestaciones múltiples

1.2 FISIOPATOLOGIA DE LA MUERTE FETAL

La mayoría de las clasificaciones se han diseñado para usarse en países desarrollados con bajas tasas de óbitos fetales, uso liberal de la autopsia y registros de información de calidad razonable durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal. En los países en desarrollo, la autopsia no se realiza de rutina; frecuentemente, los padres no autorizan el procedimiento; por lo tanto, en ocasiones, es difícil establecer la causa de muerte. Lo anterior se traduce frecuentemente en la carencia de datos médicos y la imposibilidad de realizar adecuadamente las siguientes asesorías a la pareja.

La clasificación de las muertes fetales en el útero continúa siendo un dilema, pues no se ha aceptado un único sistema de clasificación entre los muchos desarrollados. Cada sistema posee diferentes fortalezas y debilidades al analizarlas de manera individual. Sin embargo, es complicado tratar de

comparar los diferentes sistemas de clasificación o hacerlos equiparables, debido a la gran variación en las definiciones de óbito fetal utilizadas y porque muchos sistemas de clasificación se diseñaron para “muerte perinatal”, incluyendo casos de muerte neonatal temprana.

El primer intento de clasificación de las muertes fetales en el útero fue el de Aberdeen, que seguía criterios clínico-patológicos. Sin embargo, la más utilizada actualmente es la publicada en 1980 por Wigglesworth con algunas modificaciones, que incluye nueve categorías. Se han desarrollado sistemas más modernos, sin que hayan demostrado una verdadera utilidad científica. Las muertes perinatales se clasifican según la causa presumible de muerte. Sin embargo, la clasificación debe estar enfocada en la causa o condición obstétrica asociada. Hay más de 30 sistemas de clasificación reportados en la literatura; las más antiguas incluyen pocos subtipos, mientras que las más modernas buscan más información. Aun así, no se ha logrado consenso sobre la importancia relativa de las diferentes causas; se ha priorizado cada dato con criterios internos y externos, según tenga peso o actúe en cada caso en particular como causa o como factor de riesgo pues, a excepción de algunas, son pocas las condiciones que cumplen criterios para ser capaces de causar inevitable e individualmente la muerte de un feto en el vientre materno, como lo hacen la muerte materna y el desprendimiento o abrupción total de la placenta.

De manera general y sencilla, se pueden clasificar según la edad de gestación, en muertes fetales tempranas o difíciles de evitar (20 a 28 semanas de gestación) que corresponden a 50% de los óbitos, y tardías o potencialmente prevenibles (mayor de 28 semanas), teniendo en cuenta cuáles fetos pudieran ser viables según la edad de gestación y cuáles no. Aunque la mayoría de óbitos ocurre antes de término y sólo 20% cerca al término, el riesgo de muerte aumenta con la edad de gestación, según Yudkin *et al.*, quienes

proponen el cálculo teniendo en cuenta el número de fetos intrauterinos vivos para cada edad de gestación y no el total de embarazos.

1.3 CAUSAS

La causa de muerte difiere según la edad de gestación. En general, a medida que la pérdida es más temprana, se relaciona más con condiciones de origen materno y, si se da más tarde, está más relacionada con factores que afectan directamente al feto. Así como la causa de la muerte fetal varía con la edad de gestación, la proporción de muertes fetales sin causa conocida a pesar de la exhaustiva investigación aumenta con la edad de gestación. Hasta la semana 27, la mayoría de las muertes, en especial en fetos con pesos menores de 1.000 g, están relacionadas con infección, lo cual no ha disminuido de manera significativa ni siquiera con el uso de antibióticos; le siguen causas como el desprendimiento prematuro de placenta y las malformaciones letales.

No obstante, alrededor de 21% son inexplicadas, mientras que, después de la semana 28, se consideran inexplicadas hasta en 60%.

Algunas causas específicas de muerte fetal han cambiado notablemente en las últimas décadas, en especial en la segunda mitad del sigloXX, con el desarrollo de estrategias para intervenirlas, lo cual es más evidente en los países desarrollados. Desde la aparición y utilización profiláctica de la inmunoglobulina D y de la monitorización fetal, se disminuyeron en 95% las muertes por causa de la isoinmunización y la asfixia durante el parto, respectivamente. De manera similar aunque en menor escala, se ha disminuido la mortalidad fetal en pacientes con diabetes e hipertensión, por el manejo cada vez más agresivo de estas condiciones, y se han modificado las tasas de óbitos con anomalías congénitas por la tamización temprana de alteraciones

cromosómicas y no cromosómicas, sumada a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

Más de la mitad de los casos de óbitos fetales son inexplicados, sin importar el sistema de clasificación que se utilice y a pesar de que se realice un análisis anatomopatológico post mórtem. Este diagnóstico causal es muy poco útil al intentar brindar una asesoría a la madre para embarazos futuros o al intentar reforzarla atención en salud en puntos específicos de gran necesidad, así como para determinar las prioridades en el cuidado perinatal y la investigación para disminuir las tasas de mortalidad perinatal. Los esfuerzos deben encaminarse a buscar la información suficiente en cada caso y contar con una clasificación que minimice las tasas de muerte de causa inexplicada y que considere esa aseveración como un diagnóstico de exclusión. La mayoría de las causas de muerte fetal diferentes de anomalía congénita y la infección, está relacionada con la alteración de la placentación y con la función placentaria. En muchos casos, la causa directa del óbito fetal se relaciona con alteraciones placentarias en la inter fase de las circulaciones materna y fetal e hipo perfusión con posterior alteración en la autorregulación fetal.

Muchas de las muertes fetales no explicadas están relacionadas con retardo del crecimiento intrauterino, tanto a término como antes de término; además, se ha encontrado que los fetos pequeños para la edad de gestación tienen 10 veces más riesgo de muerte en el útero que los fetos con peso adecuado. Tan sólo 25% de los retardos de crecimiento asociadas a muerte se detectan antenatalmente e incluso, la detección puede ser cercana al 15% si la gestación ha sido considerada de bajo riesgo. Por lo tanto, la vigilancia del crecimiento fetal y el diagnóstico temprano de las alteraciones de las curvas de crecimiento son esenciales y deben hacer parte de las estrategias efectivas para prevenir las muertes fetales, haciendo que se puedan evitar o advertir.

1.4 HALLAZGOS

Los hallazgos del crecimiento fetal se relacionan con los del Doppler de las arterias uterinas y de las arterias umbilicales, en el que encontrar resistencias elevadas al flujo sanguíneo se relaciona con complicaciones obstétricas, entre las que se encuentran el retardo del crecimiento intrauterino y la muerte fetal. La madurez placentaria ha sido usada como factor predictor de pérdida fetal, pero no hay estudios suficientes que confirmen o desmientan su utilidad, mientras que los resultados negativos presentan dificultades de interpretación y, por lo tanto, pierden valor en embarazos de poblaciones no seleccionadas.

Igualmente, se ha intentado usarlos marcadores serológicos de aneuploidía del primero y el segundo trimestres como factores de predicción con base en la placentación inadecuada. Como factores de predicción se han calificado mejor la proteína placentaria asociada al embarazo tipo A y la alfafetoproteína, las cuales no se utilizan de rutina en población no seleccionada para calcular el riesgo y cuya utilidad clínica está siendo evaluada en la práctica.

Aun conociendo la fisiopatología de las pérdidas tardías de gestación, no hay un tratamiento de rutina que parezca ser efectivo para su prevención. Se ha intentado dar suplemento de ácido fólico en grandes dosis, en pacientes con la mutación C677T; en pacientes con trombofilias, se administran heparinas de bajo peso molecular cuando hay riesgo de enfermedad tromboembólica, e incluso, es administrado oxígeno suplementario materno con base en la hipoxia fetal como factor desencadenante; esto último necesita estudios de mayor poder estadístico para confirmar o negar su utilidad y ser recomendado para uso clínico.

1.5FACTORES DE RIESGO CORRELACIONADOS A MUERTE FETAL

Son muchos los factores asociados a los desenlaces adversos de la gestación, en especial, los factores socio ambientales y la enfermedad médica materna, especialmente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus dependiente de la insulina, en las cuales se ha encontrado una relación con hasta la mitad de los óbitos fetales. A pesar de la dificultad para obtener información certera por el subregistro y la gran cantidad de casos manejados como inexplicados, se han hecho esfuerzos por conocer las tasas de presentación y los riesgos relativos de la población afectada, con el propósito de mejorar la consejería y ofrecer la mejor atención a estas pacientes.

Factores de riesgo como el número de embarazos, la raza, la edad, la obesidad, el estrato socioeconómico, el nivel educativo, las condiciones médicas, el acceso a servicios de salud de calidad y las complicaciones obstétricas, hacen variar el riesgo de una mujer de tener un óbito fetal. Algunos de estos factores son modificables y sobre ellos se debe trabajar desde las etapas previas a la concepción.

La historia de un óbito fetal previo se ha relacionado con efectos obstétricos adversos, que incluyen el daño neurológico y nuevas muertes perinatales. Igualmente, las mujeres con embarazos complicados que resultaron en nacimientos de niños vivos y aquéllas con un primer embarazo complicado finalizado por cesárea, debido aun alto riesgo por enfermedad de origen vascular (sin que sea la cesárea un marcador de otras condiciones médicas asociadas), tienen mayor riesgo de tener muertes fetales en los embarazos

siguientes. Las anomalías de la anatomía o de la longitud del cordón umbilical y su torsión, se han relacionado con el óbito fetal tras análisis retrospectivos de probabilidades; sin embargo, se desconocen las tasas reales de muerte fetal *inutero* en función de estas alteraciones.

1.5.1 ETNIA

Las mujeres de los Estados Unidos de raza negra (afroamericanas) han mostrado tener dos veces más riesgo para óbito fetal. Aun sin ajustar estas cifras con las diferencias obstétricas y socioeconómicas, también tienen mayor tendencia a presentar diabetes, hipertensión y obesidad, y con ellas, ruptura prematura de membranas, desprendimiento placentario y, por ende, muerte fetal.

1.5.2 ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO

El nacer en un país en desarrollo se considera un factor de riesgo para muerte fetal; además, se considera que la mayoría de las causas son prevenibles, como sífilis o paludismo, y se relacionan con obstáculos en la prevención, el acceso a servicios de calidad y la atención mediadas por factores sociales, económicos, geográficos, culturales, políticos y gubernamentales.

Aun sin tener en cuenta el desarrollo del país, las pacientes de estratos más bajos tienen menor acceso a la educación, a una adecuada alimentación con altos índices de desnutrición y no buscan tempranamente atención prenatal, lo cual aumenta sus riesgos relativos de pérdidas fetales.

1.5.3 EDAD MATERNA AVANZADA

Se considera un factor de riesgo independiente para óbito fetal, aun considerando que estas mujeres, por su edad, tienen una mayor tendencia padecer condiciones médicas asociadas que, a su vez, están relacionadas con mayores tasas de efectos perinatales adversos. La edad materna es un factor de riesgo importante para malformaciones congénitas, especialmente, si se asocian con factores genéticos. Con el diagnóstico temprano de las anomalías congénitas, las muertes fetales asociadas se han reducido. Sin embargo, esta mortalidad se ha trasladado hacia las primeras 20 semanas de gestación, por cuenta de las interrupciones voluntarias. Algunos autores han descrito el factor vascular e inmunológico ligado a la edad como un factor determinante en la génesis de las alteraciones placentarias que podrían llevar a la muerte fetal.

1.5.4 OBESIDAD

La prevalencia de la obesidad en la población está actualmente en aumento, compromete entre el 20 y 40% de las mujeres en edad fértil y se ha convertido en un serio problema de salud pública.

En las mujeres obesas, el riesgo de óbito fetal se ha relacionado con factores de comportamiento, socioeconómicos y obstétricos, pero también, con el aumento del índice de masa corporal (IMC) de manera independiente. Al parecer, la mujeres con alto IMC tienden a percibir menos los movimientos fetales y, por lo tanto, no mantienen un seguimiento constante de sus fetos; muchas son hiperlipidémicas, lo cual causa alteraciones endoteliales y, con ellas, agregación plaquetaria y aterosclerosis.

En estudios pequeños también se ha reportado que, durante el sueño, las mujeres gestantes obesas presentan más episodios de ronquidos, apnea del sueño y disminución de la saturación de oxígeno, lo cual se ha relacionado con mayor hipertensión inducida por el embarazo y restricción del crecimiento intrauterino.

1.5.5 TROMBOFILIAS

La relación de las trombofilias está mejor definida en las pérdidas fetales tardías que en las tempranas, aunque aún el conocimiento es muy limitado. La predisposición genética está sustentada por la recurrencia del fenómeno, por ejemplo, en pacientes con enfermedades con mutaciones protrombóticas.

No se dispone de estudios amplios ni que analicen de manera separada cada defecto o mutación, pero se han relacionado con hallazgos placentarios anómalos en alrededor de 75 a 80% de los casos en la evaluación post mórtem. Lupus eritematoso sistémico. A pesar de afectar menos del 1% de las mujeres en edad fértil, el aumento del riesgo de óbito fetal es desproporcionadamente alto, en especial, en aquéllas con enfermedad renal preexistente, hipertensión arterial o presencia de anticoagulante lúpico positivo.

El paso transplacentario de anti-Royanti-La compromete el 5% de los fetos y se relaciona con un mal resultado obstétrico, por el riesgo de bloqueo cardiaco fetal que puede resultaren hydrops no inmune de origen cardiaco y muerte. Los riesgos se mantienen, aun cuando la concepción ocurra durante periodos de inactividad de la enfermedad. Las complicaciones son más frecuentes si la diabetes se presenta antes de la gestación que cuando lo hace durante ella; en

este último caso, puede llegar a tener riesgos relativos similares a los de la población sana, si se mantiene un control adecuado de la glucemia, si se hace control prenatal y si hay una adecuada definición del tiempo de parto.

1.5.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las muertes relacionadas con la hipertensión arterial sistémica cada vez son más infrecuentes, gracias a la mejor atención médica y obstétrica; se relacionan con los estados más graves y obedecen a complicaciones como desprendimiento prematuro de placenta, hemorragia materna, insuficiencia o infarto placentario.

1.5.7 DIABETES MELLITUS

Con la introducción de la insulina en la práctica clínica, la disminución de las muertes fetales relacionadas con esta enfermedad ha sido significativa. Actualmente, la muerte fetal relacionada con la diabetes mellitus ocurre con más frecuencia en el tercer trimestre del embarazo en pacientes con poco control de la glucemia y obedece a complicaciones como macrosomía, polihidramnios, retardo del crecimiento intrauterino y preeclampsia.

1.5.8 FALLA RENAL

En estas pacientes, el pronóstico del embarazo está dado principalmente por el grado de compromiso renal durante la concepción; es más sombrío en cuanto más grave sea la falla orgánica. En caso de acompañarse con anemia, hipertensión o el desarrollo de preeclampsia, disminuye la posibilidad de tener resultados obstétricos favorables, al igual que en aquellas pacientes que requieren diálisis. Sin embargo, las opciones de tener resultados favorables aumentan tras el trasplante renal y la normalización de las condiciones basales.

1.5.9 INFECCIÓN

La infección se encuentra muy relacionada con las tasas de muerte perinatal y, aunque se han modificado las estrategias para la prevención y el diagnóstico temprano, no han cambiado mucho las expectativas de vida de estos fetos porque en su mayoría afectan antes de término.

Se ha demostrado que los procesos inflamatorios se relacionan con resultados obstétricos adversos, predominantemente, en el feto pretérmino. Actualmente, se sabe que la respuesta inflamatoria fetal asociada a infección clínica o subclínica es capaz de alterar el intercambio gaseoso, causar hipoxia fetal y, así, disminuir la supervivencia

1.5.10 EMBARAZOS MÚLTIPLES

Las tasas de óbitos fetales en los embarazos múltiples se encuentran cuadruplicadas en comparación con las de embarazos únicos y se relacionan con complicaciones específicas de este tipo de embarazos, que se hacen

mayores en los embarazos con mayor número de fetos. Contribuyen de manera importante al total de las tasas de muertes fetales y van de la mano con el aumento de 6 a 12 veces que han experimentado los embarazos múltiples secundarios, a su vez, a la mayor edad de las madres y a las técnicas de fertilización *in vitro*.

1.6 SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EN RIESGO

El uso de las pruebas de bienestar fetal, más que modificar el riesgo de óbito fetal, muestra ciertas condiciones clínicas que indican tomar decisiones en cuanto al tiempo y la vía del parto, lo cual, a su vez, puede influir en la disminución de las pérdidas fetales pero podría aumentar la morbimortalidad materna y neonatal asociadas a un aumento de las intervenciones obstétricas. Se propone unificar los algoritmos de seguimiento de estas pacientes según la enfermedad de base, de manera que se evite la sobre estimación del riesgo y permita actuar de manera oportuna. La presentación de un óbito fetal es indicación absoluta de valoración anatomopatológica de la placenta, pues esto puede dar luces sobre las causas.

En 40% de los casos, la valoración anatomopatológica brinda nueva información y en 25% da información diferente a la capturada clínica y ecográficamente. Para muchos padres es la única forma de averiguar qué ocurrió y delinear el plan de manejo de futuros embarazos, además que puede ayudar a la resolución de conflictos médico-legales.

CAPITULO II

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

2.1 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Modelo de Ida Jean Orlando

Para la presente investigación se selecciona la Teoría del Proceso de Enfermería de Ida Jean Orlando. Esta teorizante hace hincapié en la relación recíproca entre el paciente y el enfermero/a. A ambos les afecta lo que el otro diga o haga. Orlando facilita con ello el desarrollo de los enfermeros/as como pensadores lógicos y no como simples ejecutores de las órdenes del médico. Fue una de las primeras enfermeras que hizo énfasis en los elementos del proceso de enfermería y en la importancia crítica de la participación del paciente durante el proceso de enfermería.

Utiliza la relación interpersonal como base de su trabajo. Se centra en las expresiones verbales y no verbales, con que el paciente manifiesta sus necesidades. Ante la conducta del paciente, la enfermera reacciona reflexionando sobre el significado de dolor y sobre lo que podría cambiarlo.

En cuanto a los principales conceptos que maneja o utiliza dentro de su teoría se encuentra en primer lugar la responsabilidad del enfermero/a, la necesidad, la conducta presentada por el paciente, reacciones inmediatas, disciplina del

proceso de enfermería , la mejoría, propósito de la enfermería, acción automática y acción deliberada. El principal supuesto de Orlando sobre la enfermería es que es una profesión independiente que funciona de una manera adecuada.

Teoría De Enfermería De Dorotea Orem

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

Teoría del Auto cuidado:

En la que explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

- Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación,

actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

2.2 VALORACIÓN

Percepción y control de la salud: En esta población se ha observado que la mayoría de padres de prematuros provienen de nivel socioeconómico bajo, por ende las madres carecen de asistencia médica prenatal, nutrición deficiente, y enfermedades infecciosas no tratadas. En neonatos prematuros, la sepsis y la meningitis son cuatro veces más frecuentes debido a la necesidad de aplicar medios invasivos (catéteres, tubos, venoclisis, etcétera) para conservar y recuperar la salud del paciente, asimismo sus mecanismos de defensa son inferiores.

Nutricional y metabólico: El recién nacido prematuro generalmente tiene un peso inferior a 2500 g; tiene piel fina, brillante rosa o rojiza, escasa cantidad de grasa subcutánea y pelo, cartílago auditivo externo no desarrollado, escasa coordinación de los reflejos de succión y deglución, principalmente en pequeños menores de 34 semanas de gestación, la superficie corporal es grande en relación a su masa corporal, la grasa parda es escasa para mantener su temperatura corporal, poca implantación de cabello en el cuero cabelludo, etcétera. Estos pequeños en la unidad de estudio son nutridos principalmente a

través de alimentación forzada, midiendo residuo gástrico, ya que esto científicamente da mejores resultados y menos accidentes.

Eliminación: La función renal y pulmonar son inmaduras, lo que disminuye la capacidad para concentrar la orina, aumentando la probabilidad de retención de líquidos y trastornos electrolíticos, así como trastornos respiratorios, hipomotilidad intestinal, etcétera.

Actividad y ejercicio: Actividad espontánea, tono muscular disminuido, las extremidades no mantienen su posición flexionada. A nivel respiratorio colapso alveolar y atelectasia debido a la baja producción de surfactante, datos característicos de inmadurez del centro respiratorio, responsables de crisis de apnea, dando lugar a requerir apoyo ventilatorio. Desarrollan con mayor frecuencia hiperbilirrubinemia y kernicterus, frecuencia cardíaca baja, anemia, llanto débil y puede presentar taquipnea transitoria. El sistema inmunitario es inmaduro, de 30 a 90 % de recién nacidos antes del término presentan hipocalcemia e hipoglicemia.

Reposo y sueño: Letargo, sueño interrumpido por maniobras frecuentes, sobresaltos.

Cognoscitivo y perceptual: Puede haber presencia de crisis convulsivas como consecuencia de hemorragia cerebral, presentan fontanelas amplias, existe desconocimiento por parte de los padres de las necesidades del recién nacido y cómo atenderlas.

Autopercepción y autoconcepto: Existe preocupación de los padres y temor para el cuidado del recién nacido prematuro, autoestima baja.

Función y relación: Es frecuente que el estado civil de los padres de neonatos prematuros es la soltería.

Sexualidad y reproducción: En los varones, genitales pequeños, subdesarrollados y los testículos sin descenso. En las niñas los labios mayores no cubren aún los menores.

Afrontamiento y tolerancia al estrés: El estrés por frío del recién nacido prematuro agota con rapidez las reservas de grasa originando incremento en las necesidades metabólicas, consumo de oxígeno, acidosis metabólica, hipoxemia e hipoglicemia. Por lo regular los padres expresan la incapacidad para cuidar al recién nacido, lo que puede originar crisis, que se manifiesta por conducta inadaptada, ansiedad, depresión y síntomas somáticos.

Valores y creencias: Mitos y creencias de los padres relacionados con el cuidado del recién nacido.

2.3DIAGNÓSTICO

- Deterioro del intercambio gaseoso
- Patrón respiratorio ineficaz
- Termorregulación ineficaz
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo alto de alteración de los procesos de eliminación
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante
- Riesgo de infección
- Temor
- Déficit de conocimientos

2.4 PLANIFICACIÓN

- El feto mantendrá su temperatura dentro de los parámetros normales durante su estancia hospitalaria.
- El feto prematuro mantendrá el tejido cutáneo intacto, evidenciado por no presentar interrupciones de la piel durante su estancia hospitalaria.
- El recién nacido prematuro mantendrá patrón respiratorio normal, así como los gases sanguíneos en los rangos normales.
- El recién nacido prematuro mantendrá mucosa oral libre de infección.

2.5 EJECUCIÓN

Dada la mayor frecuencia de alteraciones del desarrollo en la población de pre términos, se hace necesario establecer programas de seguimiento protocolizados en especial para los pre términos de menor peso. Resumimos a continuación los cuidados que deben seguirse.

- Atención nutricional y seguimiento de su crecimiento, disponiendo de estudios longitudinales y tablas de referencia. El objetivo nutricional inmediato es obtener crecimiento semejante al intrauterino, pocas veces conseguido. Alteraciones nutricionales específicas evolutivas incluyen raquitismo, osteopenia y anemia.
- Atención a la discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje.

- El riesgo de parálisis cerebral en los pre términos de muy bajo peso es del 10%, distribuida en tercios iguales entre las formas leve, moderada y grave; Las alteraciones sensoriales incluyen el seguimiento oftalmológico y auditivo.
- Atención a los problemas del comportamiento y del aprendizaje cuya incidencia es mayor que en la población general.
- Integración socio-familiar: a menudo en ambientes problemáticos desde el punto de vista social, económico o cultural, con conductas parenterales variadas que frecuentemente tienden a la sobreprotección. En el otro extremo aparecen conductas negligentes que incluyen el maltrato; en una serie propia encontramos una alta prevalencia de accidentes afectando a un 10% de los pre- términos.

2.6 EVALUACIÓN

- El recién nacido mantuvo su normotermia durante su estancia hospitalaria.
- El RNP mantuvo el tejido cutáneo intacto durante su estancia en el hospital.
- El RNP mantuvo un patrón respiratorio normal, así como también gases sanguíneos en rangos normales.
- El recién nacido prematuro mantuvo la cavidad oral y faringe libre de infecciones.

HIPÓTESIS

La muerte fetal en las gestantes atendidas en el hospital Teófilo Dávila se asocia a las características individuales, obstétricas, medicas de las que se reflejan mediante los hallazgos patológicos.

VARIABLES

- Características individuales
- Características obstétricas
- Características medicas
- Hallazgos anatomo patológicos

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACION O ESTUDIO

Para la realización de la siguiente investigación utilice un tipo de estudio descriptivo, ya que obtuve la información mediante instrumento directo que describe las variables sujeto a estudio, las cuales se pueden comprobar, así también se explora una realidad actual. Es de corte transversal porque se desarrollara en un tiempo determinado, primer semestre del 2013.

3.2 DISEÑO DE ESTUDIO

Por lo que el investigador no manipulo las variables en estudio fue no experimental.

3.3 AREA DE ESTUDIO

Se realizó la siguiente investigación en el hospital Teófilo Dávila el cual queda ubicado en la ciudad de Machala de la provincia de El Oro en las calles Buenavista y Bollaca, el área de ginecología se encuentra en la segunda planta

alta del edificio, tiene capacidad para 47 pacientes de sexo femenino las mismas que se las distribuye en 11 habitaciones según su diagnóstico; distribuidas en 11 salas de la siguiente manera: Dos de patología, Una para preclampsia y eclampsia, Una sala para puerperio de post cesárea, Dos de puerperio de post parto, Cuatro para alto riesgo obstétrico, Una para madres lactantes, Además cuenta con la atención de médicos tratantes en Gineco-obstetricia, médicos residentes, licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, internos de medicina y enfermería, cuenta con un departamento de secretaria, un departamento de enfermería, residencia medica.

3.4 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO

El universo de la siguiente investigación estuvo constituido por 140 historias clínicas de las mujeres que presentaron óbito fetal durante el primer semestre del año 2013.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por el 100% del universo en estudio la misma que será determinada por la siguiente fórmula:

FORMULA:

$$n = \frac{NZ^2(p * q)}{e^2(N - 1) + Z^2(p * q)}$$

EJERCICIO:

$$n = \frac{140(1.96)^2(0.03 * 0.97)}{(0.03)^2(140 - 1) + (1.96)^2(0.03 * 0.97)}$$

$$n = \frac{140(3.8416)(0.02910)}{0.0009(139) + 3.8416(0.02910)}$$

$$n = \frac{140(0.1118)}{0.1225 + 0.1118}$$

$$n = \frac{15.652}{0.2343}$$

$$n = 59R/$$

3.5 METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS

El proceso se desarrolló en tres fases:

FASE DE INVESTIGACIÓN

MÉTODO: El método a utilizado es el científico deductivo ya que a partir de la teoría se sustentaran los resultados.

Deductivo: Se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado.

Analítico: Se apoya en que para conocer un fenómeno es necesario descomponerlo en sus partes.

Sintético: la unión de elementos para formar un todo.

TÉCNICAS:

La técnica de recolección de la información fue mediante la revisión de historias clínicas de las mujeres que presentaron óbito fetal para lo cual se obtendrá la información de los partes mensuales del área de estadística.

INSTRUMENTOS:

Encuesta que se basó en las siguientes variables:

- Características individuales
- Características obstétricas
- Características medicas
- Hallazgos anatomo patológicos

PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

1. Autoría a las autoridades del hospital Teófilo Dávila
2. Pedir apoyo al personal de salud
3. Comunicar a las usuarias mediante un papelografo informativo.
4. Aplicar guía de encuesta
5. Buscar datos estadísticos
6. Consignación de datos

FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se ejecutó un programa educativo dirigido a las usuarias embarazadas, enfocándose en prácticas saludables para evitar la muerte fetal.

TÉCNICA: Se utilizó la técnica de exposición oral sobre la prevención de complicaciones, así como también se ofertaron los servicios de salud que brindo actualmente en diferentes establecimientos del Ministerio de Salud Pública.

FASE DE EVALUACIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO: Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO: Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizó un cuestionario de pre test y pos test para medir el conocimiento de las usuarias sobre las prácticas saludables y la prevención de muerte fetal.

IMPACTO: Se evaluó la satisfacción del usuario con la intervención.

PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que fueron recolectados luego fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, para luego realizar la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que servirán de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA		
Características individuales	Son caracteres que distinguen a las personas en relación a la edad, etnia, ocupación, instrucción educativa, etc.	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 15-19 • 20-25 • 26-30 		
		Etnia	Tipo de etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Indígena • Afro ecuatoriano 		
		Ocupación	Desempeño laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Q.D. • Estudiante • E. privada • Comerciante • Otros 		
		Instrucción educativa	Nivel de instrucción.	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior • Ninguna 		
		Residencia	Lugar de residencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Z. urbana • Z. rural 		
		Estado marital	Tipo estado marital.	<ul style="list-style-type: none"> • Con pareja estable • Con pareja inestable • Sin pareja 		
		Hábitos de consumo				
		Paridad	Número de hijos vivos	<ul style="list-style-type: none"> • 0 hijos • 1-3 hijos • > 4 hijos 		
		Características obstétricas	Son caracteres que diferencian a una mujer en relación a su historia o antecedentes de reproducción y a su embarazo actual	Periodo intergenesico	Tiempo del periodo intergenesico por cada embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • 6 meses • 6-23 meses • > 23 meses
				Antecedentes de aborto		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Antecedentes de muerte fetal	Nº de usuarias que han presentado abortos			<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		
	Nº de usuarias que han presentado muerte fetal			<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
Características medicas	Son antecedentes patológicos que presentan las gestantes en relación a su estado actual de salud.	Antecedentes de RPM	Nº de usuarias que han presentado RPM	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Antecedentes de circular de cordón	Nº de usuarias que han presentado circular de cordón.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Antecedentes del estado actual de salud durante la gestación	Nº de usuarias con HTA	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Nº de usuarias con Diabetes gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Nº de usuarias con Preclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Nº de usuarias con Eclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Nº de usuarias con Anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Nº de usuarias con VDRL +	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
			Nº de usuarias con Isoinmunizacion RH	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Hallazgos patológicos	Manifestaciones o caracteres encontrados durante la realización del procedimiento en relación a la muerte fetal.	Hallazgos patológicos relacionados a muerte fetal	Placentarios, Cordón Umbilical, Fetal	

CAPITULO IV
PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1

EDAD RELACIONADA CON LA ETNIA DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

EDAD	ETNIA						TOTAL	
	MESTIZA		AFROECUATORIANA		INDIGENA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	11	19%	3	5%	3	5%	17	29%
20-24	11	19%	2	3%	0	0%	13	22%
25-29	11	19%	2	3%	0	0%	13	22%
30-34	13	22%	3	5%	0	0%	16	27%
TOTAL	46	78%	10	17%	3	5%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 22% de mujeres de 30-34 años de edad fueron de etnia mestiza, mientras que el 3% de 25-29 años de edad fueron afroecuatorianas.

CUADRO N° 2

EDAD RELACIONADA CON LA RESIDENCIA DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

EDAD	RESIDENCIA						TOTAL	
	URBANA		URBANA MARGINAL		RURAL			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	9	15%	4	7%	3	5%	16	27%
20-24	9	15%	4	7%	3	5%	16	27%
25-29	6	10%	4	7%	3	5%	13	22%
30-34	11	19%	3	5%	0	0%	14	24%
TOTAL	35	59%	15	25%	9	15%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 19% de mujeres de 30-34 años de edad habitan en zona urbana, mientras que el 5% de 30-34 años de edad habitan en zona urbana marginal.

CUADRO N° 3

EDAD RELACIONADA CON LOS HABITOS DE CONSUMO DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

EDAD	HABITOS DE CONSUMO						TOTAL	
	NINGUNO		TABACO		ALCOHOL			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	11	19%	4	7%	3	5%	18	31%
20-24	9	15%	4	7%	3	5%	16	27%
25-29	6	10%	4	7%	3	5%	13	22%
30-34	9	15%	3	5%	0	0%	12	20%
TOTAL	35	59%	15	25%	9	15%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 19% de mujeres de 15-19 años de edad no tienen ningún hábito de consumo, mientras que el 5% de 30-34 años consumen tabaco.

CUADRO N° 4

EDAD RELACIONADA CON EL ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

EDAD	ESTADO CIVIL						TOTAL	
	UNION LIBRE		CASADO		SOLTERO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	18	31%	4	7%	3	5%	25	42%
20-24	8	14%	4	7%	3	5%	15	25%
25-29	7	12%	4	7%	0	0%	11	19%
30-34	6	10%	2	3%	0	0%	8	14%
TOTAL	39	66%	14	24%	6	10%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 31% de mujeres de 15-19 años de edad están en unión libre, mientras que el 3% de 30-34 años son casadas.

CUADRO N° 5

EDAD RELACIONADA CON LA INSTRUCCIÓN EDUCATIVA DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

EDAD	INSTRUCCIÓN EDUCATIVA						TOTAL	
	PRIMARIA		SECUNDARIA		NINGUNA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	19	32%	5	8%	3	5%	27	46%
20-24	7	12%	4	7%	3	5%	14	24%
25-29	7	12%	4	7%	0	0%	11	19%
30-34	5	8%	2	3%	0	0%	7	12%
TOTAL	38	64%	15	25%	6	10%	59	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 32% de mujeres de 15-19 años de edad tenían una instrucción primaria mientras que el 3% de 30-34 años secundaria, siendo que a mayor nivel educativo menor será la presentación de complicaciones en el embarazo.

CUADRO N° 6

EDAD RELACIONADA CON EL NÚMERO DE GESTAS DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

EDAD	NÚMERO DE GESTAS						TOTAL	
	UNA		DOS		TRES			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	5	8%	19	32%	3	5%	27	46%
20-24	7	12%	4	7%	3	5%	14	24%
25-29	7	12%	4	7%	0	0%	11	19%
30-34	5	8%	2	3%	0	0%	7	12%
TOTAL	24	41%	29	49%	6	10%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 32% de mujeres de 15-19 años de edad tenían de antecedentes dos gestas, mientras que el 3% de 30-34 años también tenían el mismo antecedente.

CUADRO N° 7

EDAD RELACIONADA CON EL TIEMPO DE PERIODO INTERGENESICO DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

EDAD	TIEMPO DE PERIODO INTERGENESICO						TOTAL	
	UN AÑO		MAS DE 1 AÑO		MENOS DE 1 AÑO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	19	32%	4	7%	3	5%	26	44%
20-24	7	12%	5	8%	3	5%	15	25%
25-29	7	12%	4	7%	0	0%	11	19%
30-34	5	8%	2	3%	0	0%	7	12%
TOTAL	38	64%	15	25%	6	10%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

Al analizar el siguiente cuadro notamos que el 32% de mujeres de 15-19 años de edad presentaron un tiempo del periodo intergenesico de 1 año, mientras que el 3% de 30-34 años tenían menos de 1 año.

CUADRO N° 8

EDAD RELACIONADA CON EL ANTECEDENTE DE ABORTO DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL.

EDAD	ANTECEDENTES DE ABORTO						TOTAL	
	DE 1- 2		DE 2 - 3		NINGUNO			
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	17	29%	6	10%	3	5%	26	45%
20-24	7	12%	5	9%	3	5%	15	26%
25-29	7	12%	4	7%	0	0%	11	19%
30-34	5	9%	0	0%	1	2%	6	10%
TOTAL	36	62%	15	26%	7	12%	58	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 29% de mujeres de 15-19 años de edad tenían antecedentes de 1-2 abortos, mientras que el 2% no tenían antecedentes de las mujeres de 30-34 años de edad.

CUADRO N° 9

EDAD RELACIONADA CON EL ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL.

EDAD	ANTECEDENTES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS				TOTAL	
	SI		NO		F	%
	F	%	F	%		
15-19	21	36%	11	19%	32	54%
20-24	7	12%	4	7%	11	19%
25-29	5	8%	4	7%	9	15%
30-34	5	8%	2	3%	7	12%
TOTAL	38	64%	21	36%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 36% de 15-19 años de mujeres presentaron antecedente de ruptura prematura de membranas mientras que el 3% de 30-34 años de edad no presentaron.

CUADRO N° 10

EDAD RELACIONADA CON EL ANTECEDENTE DE MUERTE FETAL DE LAS MUJERES.

EDAD	ANTECEDENTES DE MUERTE FETAL				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
15-19	19	32%	12	20%	31	53%
20-24	7	12%	4	7%	11	19%
25-29	6	10%	4	7%	10	17%
30-34	5	8%	2	3%	7	12%
TOTAL	37	63%	22	37%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 32% de mujeres de 15-19 años de edad si tenían antecedentes de muerte fetal mientras que el 3% de 30-34 años no presentaron antecedente.

CUADRO N° 11

EDAD RELACIONADA CON EL ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO.

EDAD	ANTECEDENTES DE PARTO PRETÉRMINO				TOTAL	
	SI		NO			
	F	%	F	%	F	%
15-19	21	36%	11	19%	32	54%
20-24	7	12%	4	7%	11	19%
25-29	5	8%	4	7%	9	15%
30-34	5	8%	2	3%	7	12%
TOTAL	38	64%	21	36%	59	100%

FUENTE: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS
ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

Al analizar el siguiente cuadro notamos que el siguiente cuadro nos indica que el 36% de mujeres de 15-19 años de edad si tenían antecedente de parto prematuro, mientras que el 3% de mujeres de 30-34 años no tenían antecedente.

CUADRO N° 12

EDAD RELACIONADA CON LAS PATOLOGÍAS PRESENTES DURANTE LA GESTACIÓN DE LAS MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL.

EDAD	ENFERMEDADES DURANTE LA GESTACIÓN								TOTAL	
	IVU		ITS		PRECLAMPSIA		ECLAMPSIA			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15-19	25	42%	3	5%	2	3%	0	0%	30	51%
20-24	11	19%	0	0%	0	0%	0	0%	11	19%
25-29	9	15%	0	0%	0	0%	0	0%	9	15%
30-34	7	12%	0	0%	2	3%	0	0%	9	15%
TOTAL	52	88%	3	5%	4	7%	0	0%	59	100%

FUENTE: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS
 ELABORADO POR: GEOVANNA PALADINES

Análisis:

Al analizar el siguiente cuadro notamos que el 42% de mujeres de 15-19 años de edad presentaron infección de vías urinarias durante la gestación, mientras que el 3% de mujeres de la misma edad presentaron preclampsia al igual que el 3% de mujeres de 30-34 años, siendo un riesgo de presentación de prematuridad en las edades extremas relacionados a ciertas patologías presentes durante el embarazo.

4.2 RESULTADOS DE LA FASE DE INTERVENCIÓN

PROCESO

CUADRO N°1

Interés de los temas expuestos por parte de las embarazadas atendidas en el hospital Teófilo Dávila área de ginecología.

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	67	100%
No	-	-
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 67 Usuaris

Elaborado por: Geovanna Paladines

Análisis:

El **100%** de las embarazadas atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila asistente a la charla educativa sobre la prevención de muerte fetal manifestaron que fueron importantes los temas expuestos además que fueron comprendidos y llenaron sus expectativas.

CUADRO N°2

Claridad de la exposición

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	67	100%
No	0	0
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 67 Usuarias

Elaborado por: Geovanna Paladines

Análisis:

El **100%** de las embarazadas atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila asistente a la charla educativa sobre la prevención de muerte fetal manifestaron que hubo claridad en la exposición de la charla educativa.

CUADRO N°3

Calidad del material visual educativo utilizado en la charla educativa

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	67	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 67 Usuaris

Elaborado por: Geovanna Paladines

Análisis:

El **100%** de las embarazadas atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila asistente a la charla educativa sobre la prevención de muerte fetal manifestaron que la calidad audiovisual era muy buena y que les agrado el material entregado ya que la información era importante, clara y creativa.

CUADRO N°4

Calidad del ambiente donde recibieron la charla educativa

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	67	100%
Inadecuado	-	-
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 67 Usuarias

Elaborado por: Geovanna Paladines

Análisis:

El **100%** de las embarazadas atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila asistente a la charla educativa sobre la prevención de muerte fetal manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

PRODUCTO
CUADRO N° 5

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST				TOTAL		POST- TEST				TOTAL	
	CORRECTO		INCORRECTO				CORRECTO		INCORRECTO			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. MUERTE FETAL	5	8%	62	92%	67	100%	67	100%	0	-	67	100%
2. FACTORES DE RIESGO	5	8%	62	92%	67	100%	67	100%	0	-	67	100%
	5	8%	62	92%	67	100%	67	100%	0	-	67	100%
3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	0	-	67	100%	67	100%	67	100%	0	-	67	100%
	5	8%	67	92%	67	100%	67	100%	0	-	67	100%
4. CUIDADOS PRENATALES	0	-	67	100%	67	100%	67	100%	0	-	67	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 67 Usuaris

Elaborado por: Geovanna Paladines

Análisis:

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó acerca de la prevención de muerte fetal la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **92%** de Usuarías tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir la charla educativa se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

CUADRO N° 6

Evaluación de las actividades ejecutadas

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	%	EJECUTADAS	%
ACTIVIDADES DE GESTION	1	100%	1	100%
ACTIVIDADES DE COORDINACION	2	100%	2	100%
ACTIVIDADES DE EDUCACION	2	100%	2	100%
TOTAL	5	100%	5	100%

Fuentes: Cronograma de actividades

Elaborado por: Geovanna Paladines

ANALISIS:

Todas las actividades programadas del proyecto se cumplieron en un 100%.

IMPACTO

CUADRO N° 7

Trato que recibieran las usuarias durante la charla educativa por parte del expositor

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	67	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	67	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 67 Usuarias

Elaborado por: Geovanna Paladines

Análisis:

El **100%** de las embarazadas atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila asistente a la charla educativa sobre la prevención de muerte fetal expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte de la expositora.

CONCLUSIONES

Al terminar la siguiente investigación puedo concluir que:

- Según las características individuales el 29% de usuarias tenían entre 15-19 años de edad y el 27% de 29-33 años, en relación a la etnia el 78% fueron de etnia mestiza, el 59% vivían en zona urbana, el 59% no tenían hábitos de consumo, el 66% con estado civil unión libre, con una instrucción primaria en un 64% de mujeres.
- En cuanto a los factores gineco - obstétricos, el 49% tenían dos gestas, el 64% tenían un periodo intergenesico de 1 año, el 62% presentado de 1-2 abortos, el 64% presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas, el 63% antecedente de muerte fetal, el 64% antecedente de parto pre término.
- En relación a las patologías el 88% tenían un antecedente de IVU, el 5% ITS y el 7% preclampsia.
- En cuanto al programa educativo el 100% de mujeres manifestaron que los temas expuestos fueron importantes.

RECOMENDACIONES

Luego de haber culminado con la siguiente investigación puedo recomendar lo siguiente:

Al personal de salud

- Brindar charlas educativas en la consulta externa sobre la prevención de Muerte fetal
- Incentivar al personal de salud a realizar talleres educativos, acerca de la prevención de muerte fetal.
- Incentivar a las madres de familia a participar en los programas del hospital.
- Seguir desarrollando el proceso de atención de enfermería a cada uno de los niños.
- Desarrollar actividades específicas a cada problema de salud que presenten los niños.

A LAS USUARIAS

- Asistir y participar de los programas educativos que realicen los establecimientos de salud.
- Acudir a los controles prenatales mensuales y como le indique el médico.
- Identificar signos y síntomas de gravedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Alfaro N, Prado C, Orozco ML. El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía. *PerinatolReprodHum* 2010; 9(2): 65-70.
2. Agüila S. Mortalidad fetal intraparto: enero de 2009 a diciembre de 1979. *Rev cuba obstetginecol* 2010; 12(3):309-15.
3. Cabrera A. Muerte fetal: Incidencia y causas asociadas. Tesis de especialidad. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2010.
4. Conde-Agudelo A, Belizán J, Díaz-Rossello. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta ObstetGynecolScand* 2009; 79: 371-378.
5. Chávez W, Saldaña L, Oña J, Valdivieso A. Muerte fetal intraútero: factores de riesgo Hospital. de Apoyo III - Sullana *GinecolObstet* 2009; 42(3):67-73.
6. Chilo R. Muerte fetal tardía y factores asociados en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Goyeneche Arequipa. Tesis de Bachiller. Arequipa, Perú. Universidad Nacional de San Agustín, 2011. 59 pp.
7. Fundora I, Pérez C. Hallazgos morfológicos en una serie de 315 mortinatos macerados. *Rev cubaobstetginecol* 2011; 24(1):34-7.

8. Incerpi M, Millar D, Samadi R, Settlage R, Goodwin T. Stillbirth evaluation: What test are needed? *Am J ObstetGynecol* 2011; 178(6):1121-1125.
9. Molina-Giraldo S, Alfonso DA. *Vigilancia fetal ante parto*. Texto de perinatología y neonatología. Bogotá, Colombia. Organización Mundial de la Salud (en prensa).
10. Molina-Giraldo S. Circulares de cordón: un dilema obstétrico. *Controversias en ginecología y obstetricia*. 2009;16:2680-95.
11. Puente F, Ortiz G, Medina J. Muerte fetal. *GinecolobstetMéz* 2009; 56(7):189-94.
12. Poblete A, Donoso E. Definiciones e Indicadores Estadísticos de uso frecuente en Salud Pública Perinatal Nacional, Chile. [Documento en línea]. Acceso en Septiembre 2012. Disponible en: <http://www.cedip.cl/Guias/Salud%20publica%20perinatal.htm>.
13. Romero G, Martínez C, Ponce A, Ábrego E. Factores de riesgo y muerte fetal ante parto. *GinecolObstetMex* 2009; 72(3): 109-115.
14. Rasmussen S, Albrechtsen S, Irgens L, et al. Unexplained antepartum fetal death in Norway, 2009 - 97: diagnostic validation and some epidemiologic aspects. *ActaObstetGynecolScand* 2009; 82:109-15.
15. Sibai BM, Mercer BM, Sciff E et al. Aggressive or expectant management of severe preeclampsia at 28 to 32 week's gestation: A randomized controlled trial. *Am J ObstetGynecol* 1994; 171:818- 22.

- 16.** Sabalvarro L. Factores de riesgo asociado a óbito fetal en pacientes que fueron atendidos en el Hospital Fernando Vélez Paiz de Nicaragua. Enero 2002 a Octubre 2004. [Documento en línea]. Acceso en Junio de 2006. Disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/bns/Monografias/Full_text/gineco_obstetricia/update/FACTORES%20DE%20RIESGO%20ASOCIADOS%20%20A%20OBITO%20FETAL.pdf.
- 17.** Ticona M. Factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal: experiencia en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (1992 - 1997). *Ginecol Obstet* 2008;44(3):192.
- 18.** Uranga A, López, R, Koremblit E, Rimoli R, Illia R, Moskowicz B. Mortalidad fetal tardía. *Rev Hosp Matern Infant Ramon Sarda* 2010; 7(2):12-6.

Valdés E, Candia P, Gayán P. Muerte fetal 1994-1998. XIX Jornadas Chilenas de Salud Pública. Experiencias y Desafíos en la Salud para el Nuevo Siglo. Santiago: Hospital Clínico Universidad de Chile.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Año 2013				Año 2014					
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MA R	ABR	MA Y	JUN
Revisión de la Literatura										
Revisión de los datos										
Elaboración del Anteproyecto										
Presentación del Anteproyecto										
Elaboración tesis										
Revisión de la Literatura										
Aplicación de encuestas										
Tabulación de los datos										
Elaboración del Programa educativo										
Intervención del programa										
Presentación al H. Consejo Directivo el documento final										
Corrección del Informe										
Sustentación de tesis										

ANEXO N° 2

PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	6 movilizaciones	5	20
	Libros		
	Folletos		
	Internet	1	25
	Copias	0,02	11
Elaboración del Anteproyecto	7 movilizaciones	3	21
	Impresiones	0,05	35
	Internet	1	40
Aplicación de Encuestas	Materiales		
	12 movilizaciones	5	60
	Copias	0,02	10
	Internet	1	5
	Bolígrafos	0,25	20
	Humanos		
Ayudante	1	5	
Tabulación de los	Internet	1	8
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2	24
	Impresión	0.25	6,5
Intervenciones del programa educativo	Materiales		
	Trípticos	0,08	10,4
	Encuestas	0,03	6
	Bolígrafos	0,25	3
	Refrigerio	60	60
	Invitaciones	2	2
	Marcadores	0,3	1,2
	Humanos		
	Investigador		
	Asesora de Tesis		
Colaborador			
Usuarias			
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0.25	5
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	8	32
Sustentación de tesis	Dispositivas	5	5
	Infocus	25	25
	Refrigerio	1,5	45
		Subtotal	
	Imprevistos	30	30
TOTAL			515,1

ANEXO N°3

UNIVERSIDAD DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

TEMA: Factores de riesgo relacionados a muerte fetal en usuarias atendidas en el área de ginecología del hospital Teófilo Dávila de Machala durante el segundo semestre del año 2012.

OBJETIVO: Obtener información sobre los antecedentes patológicos y no patológicos durante la gestación para dar valor a las variables en estudio.

Se solicitara permiso al Director del hospital Teófilo Dávila.

INSTRUCTIVO: Dígnese a contestar las siguientes preguntas, respondiendo con sinceridad, encierre la respuesta que usted considere correcta.

- | | |
|--|---|
| <p>1. ¿En qué grupo de edad usted se encuentra?</p> <ul style="list-style-type: none">• 15-19 ()• 20-25 ()• 26-30 () <p>2. ¿Cuál es su etnia?</p> <ul style="list-style-type: none">• Mestiza ()• Indígena ()• Afro ecuatoriano () <p>3. ¿Qué actividad realiza usted?</p> <ul style="list-style-type: none">• Q.D. ()• Estudiante ()• E. privada ()• Comerciante ()• Otros () <p>4. ¿Cuál es su instrucción educativa?</p> <ul style="list-style-type: none">• Primaria ()• Secundaria ()• Superior ()• Ninguna () | <p>5. ¿A qué distancia vive del centro de salud?</p> <ul style="list-style-type: none">• Con pareja estable ()• Con pareja inestable ()• Sin pareja () <p>6. ¿Cuáles de las siguientes sustancias usted consume?</p> <ul style="list-style-type: none">• Alcohol ()• Tabaco ()• Drogas () <p>7. ¿Cuántos hijos vivos usted tiene?</p> <ul style="list-style-type: none">• 0 Hijos ()• 1-3 Hijos ()• >Hijos () <p>8. ¿Qué espacio de tiempo ha esperado para quedar embarazada después de cada parto?</p> <ul style="list-style-type: none">• <6 Meses ()• 6-23 Meses ()• > 23 Meses () |
|--|---|

<p>9. ¿Usted ha presentado antecedentes de muerte fetal?</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>	<p>ANEMIA</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>
<p>10. ¿Usted ha presentado abortos?</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>	<p>VDRL +</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>
<p>11. ¿Usted ha presentado antecedentes de rotura prematura de membranas?</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>	<p>Isoinmunizacion RH</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>
<p>12. ¿Usted ha presentado antecedentes de circular de cordón?</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>	<p>ITU</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>
<p>13. ¿Cuál de los siguientes procesos patológicos usted ha presentado durante su gestación?</p>	<p>14. ¿Cuál de los siguientes hallazgos relacionados a muerte fetal Usted ha presentado?</p>
<p>HTA</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>	<p>Placentarios</p> <p>• Fibrosis intervellosa ()</p> <p>• Areas de infarto ()</p> <p>• Presencia de hemorragia ()</p> <p>• Corioamnionitis ()</p> <p>• Sin alteración ()</p>
<p>Diabetes gestacional</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>	<p>Cordón</p> <p>• Funiculitis ()</p> <p>• Sin alteracion ()</p>
<p>Preclampsia</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>	<p>Fetal</p> <p>• Malformacion ()</p> <p>• Sin alteracion ()</p>
<p>Eclampsia</p> <p>• Si ()</p> <p>• No ()</p>	

ANEXO N° 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRETEST

DIRIGIDA: A las usuarias gestantes ingresadas en el área de ginecología para medir los conocimientos sobre la prevención de óbito fetal.

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas marcando con una x la respuesta que usted considere correcta, se le pide de favor que sea sincera en contestar.

CONTENIDO

- 1. ¿Cuál de las siguientes usted considera como medidas de control para evitar la muerte fetal?**
 - a. Acudir al médico solo cuando estoy enferma
 - b. Consumir alimentos saludables
 - c. Acudir al médico ante signos y síntomas de alarma
 - d. No consumir sustancias tóxicas como tabaco, alcohol
 - e. Solo a
- 2. ¿Cuál de las siguientes usted considera complicaciones durante la gestación?**
 - a. Amenaza de parto pre término
 - b. Antojos
 - c. Náuseas
 - d. Preclampsia
 - e. Ruptura prematura de membranas
 - f. Solo b y c
- 3. ¿Considera usted importante cumplir con los controles prenatales?**
 - a. Si solo cuando estoy enferma
 - b. Si solo cuando el bebé no se mueve
 - c. Si cada mes y por cada signo de alarma
 - d. Solo a es correcta

e. Solo c es correcta

4. ¿Considera importante consumir suplementos vitamínicos durante la gestación?

a. Si solo cuando los indica el medico

b. No porque le hacen daño al bebe

c. A veces

5. ¿Considera importante mantener una alimentación sana durante el embarazo a base de?

a. Solo frutas y verduras

b. Dieta balanceada frutas, verduras, cereales, carnes, lácteos

c. Alimentos fritos

d. Todas las anteriores son correctas

e. Solo b es correcta

ANEXO N° 5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

POST TEST

DIRIGIDA: A las usuarias gestantes ingresadas en el área de ginecología para medir los conocimientos sobre la prevención de óbito fetal.

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas marcando con una x la respuesta que usted considere correcta, se le pide de favor que sea sincera en contestar.

CONTENIDO

6. **¿Cuál de las siguientes usted considera como medidas de control para evitar la muerte fetal?**
- f. Acudir al médico solo cuando estoy enferma
 - g. Consumir alimentos saludables
 - h. Acudir al médico ante signos y síntomas de alarma
 - i. No consumir sustancias tóxicas como tabaco, alcohol
 - j. Solo a
7. **¿Cuál de las siguientes usted considera complicaciones durante la gestación?**
- g. Amenaza de parto pre término
 - h. Antojos
 - i. Náuseas
 - j. Preclampsia
 - k. Ruptura prematura de membranas
 - l. Solo b y c
8. **¿Considera usted importante cumplir con los controles prenatales?**
- f. Si solo cuando estoy enferma
 - g. Si solo cuando el bebé no se mueve
 - h. Si cada mes y por cada signo de alarma
 - i. Solo a es correcta

j. Solo c es correcta

9. ¿Considera importante consumir suplementos vitamínicos durante la gestación?

d. Si solo cuando los indica el medico

e. No porque le hacen daño al bebe

f. A veces

10. ¿Considera importante mantener una alimentación sana durante el embarazo a base de?

f. Solo frutas y verduras

g. Dieta balanceada frutas, verduras, cereales, carnes, lácteos

h. Alimentos fritos

i. Todas las anteriores son correctas

j. Solo b es correcta

ANEXO N° 6

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?

Si () No ()

2.- ¿La expositora fue clara en su intervención?

Si () No ()

3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?

Bueno () Regular () Malo ()

4.- La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue:

Adecuado () Inadecuado ()

5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?

Bueno () Regular () Malo ()

ANEXO N° 7

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: EGRESADA EN ENFERMERÍA JOVANNA PALADINES

GRUPO BENEFICIARIO: USUARIAS DEL HOSPITAL TEOFILO DÁVILA

JUSTIFICACIÓN:

La tasa de muerte fetal promedio de Canadá Y Estados Unidos de Norteamérica es de 7/1000 nacidos vivos, mientras que en Sudamérica. Es de 21/1000 nacidos vivos, en Centroamérica. De 35/1000 nacidos vivos, en el Caribe no latino. De 34/1000 nacidos vivos y en el Caribe latino de 53/1000 nacidos vivos en Ecuador 45/1000. Según el INEC (Instituto De Estadísticas Y Censo) en el Ecuador la tasa de mortalidad fetal por regiones es la siguiente; en la región sierra se da en un 63,48/1000 nacidos vivos, en la costa 38,8/1000 nacidos vivos, en la región insular se presenta en un 2,77/1000, en el oriente 19,82/1000 nacidos vivos, observándose una mayor frecuencia de presentación en las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas, Pichincha, Guayas, Carchi y La provincia de El Oro con 5,85/1000 nacidos vivos. .Como autora de esta investigación, mi compromiso es de intervenir con un programa educativo que contribuya a mejorar el nivel de conocimiento y así concienciar a los y las usuarias acerca de las complicaciones del parto prematuro.

OBJETIVOS

GENERAL

- Concienciar a las usuarias gestantes hospitalizadas en el área de ginecología del sobre los cuidados que deben llevar durante el embarazo para evitar muerte fetal.

ESPECÍFICOS

- Concienciar a las usuarias gestantes sobre los factores que influyen en la muerte fetal.
- Informar a las adolescentes sobre la importancia de acudir a los controles prenatales.

CONTENIDO

1. EDUCATIVO

- 1. Muerte fetal**
- 2. Factores de riesgo**
- 3. Signos y síntomas de alarma**
- 4. Cuidados prenatales**
- 5. Prevención**

2. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

3. DEMOSTRACIÓN

- Video de muerte fetal por complicaciones maternas

4. ESTRATEGIAS

- Se coordinó con las autoridades del Hospital; para fijar día, hora, lugar donde se Llevó a cabo la intervención.
- Se colocó un aviso en la entrada del área de ginecología informando sobre la charla educativa a realizar.
- Se entregó invitaciones a las Usuaris para que asistan al programa educativo.
- Entrego material educativo a las usuarias.

5. EDUCACIÓN

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

6. RECURSOS HUMANOS:

- Usuaris.
- Autoridades del área de ginecología

- Personal del área
- Autora: Geovanna Paladines

7. RECURSOS MATERIALES:

- Lápiz
- Papel periódico.
- Cinta adhesiva
- Encuestas
- Infocus
- Computadora
- Pendrive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

8. RECURSOS ECONÓMICOS:

Charla educativa	10.00
Movilización	20.00
Refrigerio	25.00
Copias	15.00
Imprevistos	20.00
TOTAL	90.00

9. EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestos. Cobertura.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de las madres, mediante un post test y el registro de asistencia.

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN MUERTE FETAL.

LUGAR: Auditorium del área de ginecología

FECHA: ENERO 2014

1. Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa de intervención.
2. Presentación del expositor.
3. Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
<p>5. MUERTE FETAL</p> <p>6. FACTORES DE RIESGO</p> <p>7. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA</p> <p>8. CUIDADOS PRENATALES</p> <p>9. PREVENCIÓN DEL PARTO PRE TÉRMINO</p>	<p>Oral, audiovisual y escrita</p>	<p>Autora</p> <p>Usuarías</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	<p>20 min</p>	<p>Egresada de Enfermería: Geovanna Paladines</p>	<p>Enero del 2014</p>

