



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

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA DE ENFERMERÍA

TEMA:

FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN
VICENTE DE PAÚL. PASAJE. PRIMER SEMESTRE. AÑO 2012

AUTORA:

DENISSE ESTEFANÍA GONZÁLEZ NOBLECILLA

DIRECTORA:

LCDA. JOVANNY SANTOS LUNA

MACHALA

EL ORO

ECUADOR

2014

TEMA

**FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN
VICENTE DE PAÚL. PASAJE. PRIMER SEMESTRE. AÑO 2012**

CERTIFICACIÓN

LCDA. JOVANNY SANTOS LUNA

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber revisado la tesis titulada “**FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. PASAJE. PRIMER SEMESTRE. AÑO 2012**”, La autoría es: Sra. Denisse González Noblecilla, por que cumple con los requisitos técnicos y legales de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, autorizando su presentación.

Lcda. Jovanny Santos Luna
DIRECTORA DE TESIS

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de la autora.

DENISSE GONZÁLEZ NOBLECILLA

CESIÓN DE AUTORÍA

Yo, Denisse Estefanía González Noblecilla, con C.I 070583307-7 egresada de la Escuela de Enfermería, de Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la presente Memoria Técnico Científica titulada “**FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. PASAJE. PRIMER SEMESTRE. AÑO 2012**” certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenece exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tribunal de sustentación de tesis 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.

DENISSE ESTEFANÍA GONZÁLEZ NOBLECILLA
C.I 070583307-7
AUTORA

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo dedico a Dios ya que gracias a él estoy triunfando en la vida y con amor a mis queridos padres: Wilmer González Gómez y Gladys Noblecilla Orellana, quienes me han brindado su apoyo tanto moral como económico, porque siempre han estado en los buenos y malos momentos y por compartir conmigo este gran logro; también dedico este triunfo a mi hijo Jack Nicolás Zolano González que es la persona que me ha hecho muy feliz y que me ha dado la fuerza para seguir con mis propósitos en la vida; de igual manera a mi esposo Milton Zolano Ochoa.

DENISSE GONZÁLEZ NOBLECILLA

AGRADECIMIENTO

De manera especial expreso mis más sinceros agradecimientos al todo poderoso DIOS por cada minuto de mi vida y sabiduría, por permitirme seguir cumpliendo mis metas propuestas a pesar de los obstáculos que se presentan.

A los directivos de la Escuela de Enfermería, Lcda. Jovanny Santos; Directora de mi tesis por su gentileza en brindarme sus aceptadas experiencias, conocimientos, sugerencias e ideas, las cuales han servido en la realización de este trabajo investigativo.

A mis compañeros de aula Cristian Machado, Vanessa Valencia, Luis Farez por brindarme su apoyo, entusiasmo y locuras en el transcurso de nuestra carrera universitaria, y a todas las personas que de una u otra forma colaboraron para la culminación de este trabajo.

DENISSE GONZÁLEZ NOBLECILLA

ÍNDICE

PORTADA	I
CERTIFICACIÓN	II
RESPONSABILIDAD	III
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
ÍNDICE	VII
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
SISTEMATIZACIÓN	7
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
JUSTIFICACIÓN.....	9

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Generalidades	10
1.2 Prevalencia de muerte fetal en el Hospital Civil San Vicente de Paul	13
1.3 Definición de Muerte Fetal	14
1.4 Clasificación de Muerte Fetal.....	15
1.5. Frecuencia.....	15
1.6 Etiología	16

1. 7 Manifestaciones y signos clínicos de la muerte fetal u óbito fetal.....	18
1.7.1 Signos clínicos	18
1.7.2 Signos radiológicos	18
1.7.3 En la columna vertebral.....	19
1.7.4 En el tórax.....	19
1.7.5 En las extremidades.....	20
1.8 Factores de Riesgos	21
1.8.1 Los factores maternos.....	21
1.8.2 Los factores fetales	22
1.8.3 Estilos de vida	22
1.8.4 Aspectos psicosociales	23
1.9 Causas de Muerte Fetal	24
1.10 Consecuencias Anatómicas de la Retención	28
1.11 Complicaciones en la Paciente ante una Muerte Fetal	29
1.12 Medidas Preventivas	30
1.13 Conclusión	31
1.14 Protocolo de Manejo de la Muerte Fetal	32

CAPÍTULO II

2. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y TEORÍAS

2.1 Proceso de Atención de Enfermería.....	34
2.2 Teorías de Enfermería	37
2.2.1 Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem	37
2.2.2 Teoría de humanismo, sentimientos y punto de vista de Rosemarie Pare	37

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Estudio.....	38
3.2 Área de Estudio	38
3.3 Universo y Muestra	39
3.4 Métodos, Técnicas e Instrumentos.....	40
3.4.1 Fase de investigación.....	40
3.4.2 Fase de intervención.....	41
3.4.3 Fase de evaluación.....	42
3.5 HIPOTESIS	43
3.6 VARIABLES.....	43
3.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	44

CAPÍTULO IV

4. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N° 1 EDAD EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 2 ESTADO CIVIL EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 3 NIVEL ESCOLARIDAD EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 4 OCUPACION EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 5 ENFERMEDADES MATERNAS RELACIONADO CON CONDICION DE RN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 6 ANTECEDENTES OBSTETRICOS RELACIONADO CON CONDICION DE RN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 7 NUMERO DE EMBARAZOS EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 8 NUMERO DE ABORTOS RELACIONADO CON CONDICION DE RN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 9 PERIODO INTERGENESICO EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 10 EMBARAZO GEMELAR EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 11 TIPO DE PARTO EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 12 CONDICION DE RN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 13 CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 14 HÁBITOS DE CONSUMO EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CUADRO N° 15 NUMERO DE GESTANTES SEGÚN MUESTRA RELACIONADO CON NUMERO DE GESTANTES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

4.2 RESULTADOS DE LA FASE DE INTERVENCIÓN.....	73
4.2.1 Proceso	73
4.2.2 Producto.....	77
4.2.3 Impacto	79

CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFIA	83

ANEXOS

ANEXO N° 1 INSTRUMENTO DE INVVESTIGACIÓN

ANEXO N° 2 PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES

ANEXO N° 3 PRE - TEST

ANEXO N° 4 POST – TEST

ANEXO N° 5 EVALUACIÓN DEL PROCESO

ANEXO N° 6 PROGRAMA EDUCATIVO DE INTERVENCIÓN

ANEXO N° 7 AGENDA DE CAPACITACIÓN

ANEXO N° 8 CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

ANEXO N° 9 TRÍPTICO

ANEXO N° 10 CERTIFICADO DE LA CAPACITACIÓN

ANEXO N° 11 FOTOGRAFÍAS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

ANEXO N° 12 REGISTRO DE ASISTENCIA

RESUMEN

La muerte fetal en el Hospital San Vicente de Paul es de 15 casos durante el año 2012; motivo por el cual se determinará los factores de riesgos de muerte fetal en el Hospital Civil San Vicente de Paul durante el primer semestre del año 2012.”, por medio de este estudio se utilizó como técnica las encuestas con las variables de estudio que son: Factores de riesgos en las que se incluyen Enfermedades maternas, Antecedentes Gineco-obstetricos y Características individuales, se realizó las encuestas a todas las pacientes madres que cursan el segundo trimestre de embarazo que son atendidas en el área de ginecología del Hospital Civil San Vicente de Paul, para observar el grado de conocimiento; también se realizó una charla educativa con respecto a factores de riesgos de muerte fetal y medidas de prevención.

Antes de la realización de la charla las pacientes gestantes no tenían ningún conocimiento sobre lo que es muerte fetal y sus factores de riesgos representados en un 65%, luego de la intervención incrementaron su conocimiento en un 100%.

Determinado así que las pacientes gestantes después de haber asistido a la charla educativa comprendieron y captaron acerca de los factores de riesgos de muerte fetal y medidas de prevención.

INTRODUCCIÓN

En 1950 la Organización Mundial de la Salud definió la muerte fetal como "la muerte antes de la expulsión completa de su madre de un producto de la gestación, independientemente de la duración del embarazo;... el feto no respira o muestra algún otro signo de vida..." Asimismo, recomendó que la muerte fetal sea clasificada como precoz (<20 semanas completas de gestación desde la fecha de la última menstruación), intermedia (20 a menos de 28 semanas), tardía (28 semanas completas o más), o no clasificable.

Las tasas de muerte fetal reportadas van desde 5 por mil nacidos en los países desarrollados hasta 30 por mil nacidos en los países en vías de desarrollo (Ecuador). Tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, la hemorragia materna, la infección y la toxemia se constituyen como las principales causas de muerte fetal. El bajo peso al nacer, la prematuridad, las enfermedades maternas son los factores de riesgo más importantes, relacionados a la muerte fetal.

“Hubo asociación estadística muy significativa con la edad de la adolescencia, el grupo de 30-34 años, las amas de casa, el tabaquismo, la ganancia de peso no adecuada durante la gestación y las enfermedades asociadas durante la gestación, por lo que se puede concluir que la existencia de estos factores en la embarazada pudieran ser indicios favorables para que ocurra muerte fetal tardía”

La salud perinatal representa uno de los grandes problemas de salud pública para los países en vías de desarrollo debido a su gran morbi-mortalidad, por lo cual es importante analizar los indicadores que puedan medir este proceso. La muerte fetal es uno de ellos y constituye un desafío para el obstetra y una tragedia para la paciente y su familia. Además, refleja el nivel socio económico cultural de la población, así como la disponibilidad y calidad del control prenatal.

Se conoció la causa de muerte fetal en 79,2% de los casos. Las causas más frecuentes fueron hipoxia fetal extrínseca 43,5%: insuficiencia placentaria 9,0%, hipertensión arterial 8,6%, desprendimiento placentario 6,1%, infarto placentario 5,7% y patología del cordón umbilical 4,3%. Anomalías congénitas 16,5%, infección bacteriana ascendente 16,1%, traumatismo del parto 2,2% e hidrops fetal 1,4%. Causa desconocida 20,8%.

En gestaciones < de 30 semanas las principales causas fueron: infección ascendente 33,3%, patología placentaria 17,7% y anomalías congénitas 15,6%.

Entre las 30 y 36 semanas de gestación las principales causas fueron: patología placentaria 34,8%, anomalías congénitas 24,1% e hipertensión arterial 10,7%. En gestaciones entre 37 y 42 semanas las principales causas fueron: patología placentaria 19,7%, embarazo postérmino (causa no determinada de hipoxia fetal) 15,5%, patología de cordón 11,3% y diabetes 8,5%.

Conclusiones: el análisis de los hallazgos de la autopsia fetal, del estudio de la placenta y de los antecedentes clínicos maternos, permiten aclarar la causa de la mayoría de las muertes fetales y planificar el manejo de un futuro embarazo.”

En nuestro país, los estudios reportan tasas de muerte fetal que van entre 9 y 30 muertes por mil nacidos vivos, describiendo la mayoría sólo incidencia, frecuencia de las causas y de los factores; pocos determinan la asociación de los factores maternos y fetales con respecto a la muerte fetal, ninguno analiza sobre los posibles cambios en la población.

La muerte fetal se asocia a 1,87 veces mayor riesgo de muerte perinatal y su recurrencia dependerá de la presencia de los factores asociados o causales de la muerte fetal. La principal razón que explica este estacionamiento de las tasas, es el

desconocimiento de las etiologías, favoreciéndose la repetición de la muerte fetal en las gestaciones siguientes.

También la relación entre los antecedentes maternos clínicos y de laboratorio con los hallazgos histopatológicos ayuda a conocer el origen del óbito fetal, habitualmente los estudios no consideran este análisis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La muerte fetal constituye un desafío para el obstetra y una tragedia para la paciente y su familia. Además refleja el nivel socio económico cultural de la población, así como la disponibilidad y calidad del control prenatal.

Se analizan las muertes fetales mayores de 22 semanas durante el año 2011 de la provincia de El Oro. Hubo 25 muertes fetales por razones gineco-obstetras; siendo el grupo de edad más afectado de 20 a 35 años.

En el cantón Pasaje, provincia de El Oro, en el año 2011 se presentaron 06 casos de muerte fetal en el Hospital Civil San Vicente de Paul; mientras que en el año 2012 en el mismo hospital se presentaron 15 casos de muerte fetal por 1000 nacidos vivos desde el mes de Enero al mes de Diciembre. En el año 2013 durante el primer semestre se presentaron 10 casos de muerte fetal. En la provincia de El Oro se presentaron 25 casos de muerte fetal en el año 2011.

Siendo el grupo más afectado en pacientes gestantes que se encuentran entre las edades de 25 a 35 años de edad; por lo que se pretende estudiar los factores de riesgos de muerte fetal en el área de Ginecología del Hospital San Vicente de Paul.

Entre las consecuencias para que se presente una muerte fetal están; antecedentes maternos, tales como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal, SIDA, anemia, entre otras; y antecedentes gineco-obstétricos, tales como:

Preclampsia, eclampsia, placenta previa, desprendimiento placentario, amenaza de parto pretérmino, infecciones de vías urinarias, toxoplasmosis, entre otras.

Con lo anterior expuesto puedo describir que la muerte fetal tiene relación con lo social ya que afecta sobre todo a la madre y a la familia.

El tema de esta investigación contribuirá y a la vez forma parte del Plan Nacional del Buen Vivir, fomentado por el Gobierno actual; puesto que trata de mejorar la salud de la población promocionando la prevención de uno de los tantos problemas de salud que afecta a nuestra población. Por lo tanto esta encasillado en el objetivo 3 que propone mejorar la calidad de vida de la población, en este estudio de la madre.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son los factores de riesgos de muerte fetal en el Hospital Civil San Vicente de Paul?

SISTEMATIZACIÓN

- ¿Cuáles son las características individuales de las madres gestantes?
- ¿Cuáles son los factores de riesgos maternos, antecedentes gineco-obstetricos que pueden ocasionar una muerte fetal?
- ¿Cuál es el número de casos de muerte fetal en el Hospital San Vicente de Paul?
- ¿Cuáles son las medidas preventivas para evitar una muerte fetal?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgos de muerte fetal en el Hospital Civil San Vicente de Paul durante el primer semestre del año 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuáles son las características individuales de las madres gestantes.
- Determinar los factores de riesgos maternos, antecedentes gineco-obstetricos que pueden ocasionar una muerte fetal.
- Determinar el número de casos de muerte fetal del Hospital Civil San Vicente de Paul.
- Ejecutar un programa educativo a las pacientes madres que cursan el segundo trimestre de embarazo que acuden a consulta externa de la Unidad Operativa de Salud Subcentro “Nuevos Horizontes” sobre las medidas preventivas ante una muerte fetal, disminuyendo así las tasas de mortalidad.

JUSTIFICACIÓN

Cuando la muerte del feto se produce después de 20 semanas de embarazo, se dice que el feto nace sin vida. Estas trágicas muertes ocurren en aproximadamente 1 de cada 160 embarazos, en la mayoría de los casos antes de que comience el parto. La mujer embarazada puede sospechar que algo no está bien si repentinamente el bebé deja de moverse y dar pataditas. Un número reducido de nacimientos sin vida ocurre durante el trabajo de parto y el parto propiamente dicho.

Esta investigación es factible realizar ya que cuenta con el fácil acceso a la unidad operativa para realizar las respectivas encuestas correspondientes a las pacientes madres. Los resultados de este estudio, servirán para que las autoridades de salud tengan un conocimiento significativo y real sobre la morbi-mortalidad en esta población, para que por medio de ello se pueda generar medidas preventivas congruentes con la realidad local que beneficien tanto a la paciente madre como al producto y a sus familias.

La población beneficiada serán las madres para lo que se elaborara un programa educativo sobre cómo prevenir muerte fetal; el grupo beneficiario de la investigación serán las pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes para la prevención de muerte fetal.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 GENERALIDADES DE MUERTE FETAL

Los factores de riesgos asociados, las posibles causas que pueden producir una muerte fetal inexplicada (MFI), con especial énfasis en las trombofilias (coágulos sanguíneos) que cada día adquieren mayor importancia en la obstetricia.

El concepto de Muerte Fetal Inexplicada que se define como la que ocurre en edades gestacionales mayores de 20 semanas o en fetos con más de 500g, que se presenta previo al inicio del trabajo de parto y en la que a pesar de una valoración anatomopatológica del cordón umbilical, las membranas, la placenta y el feto no se logra demostrar la causa de muerte.

Aún hoy en día, a pesar de contar con modernas técnicas de análisis de laboratorio, la persistencia de casos de Muerte Fetal Inexplicada sigue siendo elevada. Los reportes bibliográficos revisados muestran una incidencia que oscila entre el 21 y el 50% del total de casos de muerte fetal.

Además se deduce que las malformaciones congénitas constituyen una de las principales causas de muerte fetal y que en nuestro medio por la ausencia de equipo diagnóstico anteparto, no se detectan dichos problemas si no hasta el momento del parto.

Los factores de riesgo básicamente se basan en tres grandes categorías:

a) Macroambiente; (Aspectos socio-culturales y Económicos)

- Estado civil soltera.
- Nivel educativo menor de 10 años.
- Nivel socioeconómico bajo

b) Matroambiente; engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macroambiente.

- Edad > 35 años; adolescencia precoz.
- Sobrepeso
- Diabetes gestacional e hipertensión
- Tabaquismo
- Alteración de la función renal: hiperuricemia (es el aumento de la concentración del ácido úrico en sangre) y proteinuria (es la presencia de proteína en la orina) en embarazadas con cifras tensionales elevadas.
- Falta de controles prenatales.
- Oligoamnios – malformaciones fetales.
- Valores séricos bajos de cobre

c) Microambiente; factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.

No comunicadas

Una incapacidad para detectar los latidos cardio-fetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo esto no es concluyente y el óbito se debe confirmar mediante un estudio ecográfico. Sin embargo, es de vital importancia que se realice la investigación pertinente destinada a dilucidar la causa (o las causas) del óbito, y/o sus factores contribuyentes.

Entre los factores causales encontramos los ocurridos anteparto e intraparto, los cuales pueden detectarse tempranamente mediante un control prenatal adecuado y la atención de partos a nivel hospitalario, incidiendo, en una disminución en el porcentaje de estas muertes.

En 1950 la Organización Mundial de la Salud definió la muerte fetal como "la muerte antes de la expulsión completa de su madre de un producto de la gestación, independientemente de la duración del embarazo;... el feto no respira o muestra algún otro signo de vida..." Asimismo, recomendó que la muerte fetal sea clasificada como **precoz** (<20 semanas completas de gestación desde la fecha de la última menstruación), **intermedia** (20 a menos de 28 semanas), **tardía** (28 semanas completas o más), o no clasificable. En 1975 se revisa nuevamente la definición y se adopta la que continúa vigente hasta la actualidad.

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) (Volumen 1), se expresa que la Conferencia Internacional para la Décima Revisión "estuvo de acuerdo en que era aconsejable conservar las definiciones de nacido vivo y muerte fetal tal como aparecen en la Novena Revisión". También se establece que el período perinatal se inicia en la semana 22^a de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500g) y termina cuando se completan 7 días después del nacimiento. Con esta nueva conceptualización, queda establecido que se considerarán muertes fetales tardías o "mortinatos" aquéllas que se producen a partir de la segunda semana de gestación. La mortalidad fetal está altamente concentrada en el extremo inferior de la distribución de peso. Si bien la mayoría de estos casos (vivos y muertos) son partos pretérmino, el peso al nacer es el camino final crucial en la cadena causal fatal.

1.2 PREVALENCIA DE MUERTE FETAL EN EL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL

La prevalencia de casos de muerte fetal en el “Hospital San Vicente de Paul” durante el año 2011 es de 6 casos de muerte fetal, sin embargo en el mes de Enero al mes de Diciembre del año 2012; es de 15 casos de muerte u óbito fetales presentados en diferentes semanas de gestación, con un porcentaje de 1.09%.

Las cuales van desde 16-17 semanas de gestación pudiendo ya considerarse como un óbito fetal por su formación completa del feto. Los casos totales que se han presentado dentro de la Provincia de El Oro son 25 casos de muerte u óbito fetal.

En el cantón Pasaje se presentan casos de muerte fetal en 1.09% por mil nacidos vivos.

En el mes de Enero del año 2012 se presentaron 03 casos de muerte u óbito fetal, en el mes de Abril se presentaron 02 casos de muerte u óbito fetal, en el mes de Mayo se presentaron 04 casos de muerte fetal, en el mes de Junio se presentó 02 casos de muerte fetal, en el mes de Julio se presentó 01 caso de muerte fetal, en el mes de Septiembre se presentó 01 caso de muerte fetal, en el mes de Octubre se presentó 01 caso de muerte fetal y en el mes de Diciembre se presentó 01 caso de muerte fetal o óbito fetal.

1.3 DEFINICIÓN DE MUERTE FETAL

Definición de muerte fetal.- Es la muerte de un producto de la concepción antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo.

Muerte fetal: Definida por la OMS, como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo

Según la edad gestacional debe ser a partir 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos.

La defunción indica la circunstancia de que después de la separación, el feto no respira ni da otra señal de vida como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

Según el componente normativo Materno Neonatal la muerte fetal intrauteriana es aquella que ocurre en un embarazo sobre las 20 semanas de gestación.

1.4 CLASIFICACIÓN DE MUERTE FETAL

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 muerte es obvia cuando luego de la separación, el feto no respira ni muestra evidencia alguna de vida, como latidos cardíacos, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos voluntarios.

1.5 FRECUENCIA

La frecuencia de la muerte fetal varía en relación con cierto número de factores, entre ellos, raza, edad materna, período de gestación, pluralidad de la gestación, tipo de atención prenatal y del parto, sexo del feto, ubicación geográfica, antecedentes obstétricos y factores socio-económicos.

Con el objetivo de identificar los factores que inciden en la mortalidad fetal, se han realizado investigaciones de las muertes fetales ocurridas en varios hospitales gineco-obstétricos. El grupo de estudio ha estado integrado por las pacientes que han aportado muerte fetal y el grupo de control siguiente a la muerte fetal a ambos se les llena un formulario que incluye variables de la madre y el feto.

La frecuencia de muerte fetal varía, siendo estimada en 1% de todos los embarazos, afecta alrededor de 3 millones de embarazadas por año en todo el mundo, de las cuales el 98% ocurren en países de bajo y mediano nivel socio-económico.

Los casos de muerte fetal antes del trabajo de parto representan más de la mitad de los casos, muchos casos no son registrados ni reflejados en las políticas sanitarias a nivel mundial.

Las fuentes primarias para la generación de las estadísticas de mortalidad general y fetal son: el Certificado de Defunción y el Certificado de Muerte Fetal.

Estos documentos deben ser expedidos por profesional de la salud luego de constatar la muerte y probable causa de defunción.

Se deberá extender por única vez, en forma gratuita y obligatoria, en toda defunción.

1.6 ETOLOGÍA

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.

La etiología es diversa: genética, infecciosa, malformaciones congénitas, insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal, accidente funicular, patología materna, diabetes, etc.

1.7 MANIFESTACIONES Y SIGNOS CLÍNICOS DE LA MUERTE FETAL U ÓBITO FETAL.

1.7.1 Signos clínicos:

Son los que reflejan vitalidad fetal, son clásicos. Citamos las siguientes:

- La embarazada deja de percibir movimientos fetales.
- El peso materno se mantiene o disminuye.
- La altura uterina detiene su crecimiento o aun disminuye si la reabsorción de líquido amniótico es importante.
- La auscultación de los latidos cardíofetales es negativa.
- El signo de Boero es la auscultación de los latidos aórticos maternos con nitidez debido a la reabsorción de líquido amniótico.
- El feto se hace menos perceptible a la palpación a medida que avanza la maceración.
- El signo de Negri es la crepitación de la cabeza fetal al realizar la palpación del mismo.
- Frecuentemente se constatan pérdidas hemáticas oscuras por vagina.
- Aumento de la consistencia del cuello uterino al tacto vaginal como consecuencia de la declinación hormonal.
- Aparición de secreción de calostro en las glándulas mamarias.

1.7.2 Signos radiológicos:

En la cabeza

- El cabalgamiento de los huesos del cráneo (**signo de Spalding**) que ocurre entre 2 y 14 días después de la muerte fetal. Este signo requiere una osificación clara y especialmente útil entre las semanas 26 y 36 de gestación,

pero no tiene significado luego del encaje del vértice. Es la deformidad craneal debida a la licuefacción del cerebro

- El aplanamiento de la bóveda craneana (**signo de Spangler**).
- La asimetría cefálica (**signo de Horner**).
- Halo radiolúcido del cráneo fetal debido a la separación del panículo adiposo pericraneal y cuero cabelludo, que ocurre 2 a 4 días después de la muerte fetal (**signo de Borell**).
- Caída del maxilar inferior o signo de la boca abierta (**signo de Brakeman**).

1.7.3 En la columna vertebral

- La posición anormal de la columna cervicodorsal (hiperflexión, cifosis en un ángulo agudo e hiperextensión).
- El apelonamiento fetal por pérdida de la conformación raquídea normal (ángulo agudo e hiperextensión).
- El signo de Hartley, es el apelonamiento fetal, por la pérdida total de la conformación raquídea normal (curvatura de la columna vertebral por maceración de los ligamentos espinales).
- El signo de Tager, es dado por el colapso completo de la columna vertebral.

1.7.4 En el tórax

- El colapso de la caja torácica con derrumbamiento de la parrilla costal.
- Gas en el corazón y sistema vascular fetal. Este es un signo muy confiable, pero es difícil de visualizar, ya que ocurre sólo en caso de muerte fetal en el tercer trimestre y es transitorio (dura aproximadamente 2 semanas).

1.7.5 En las extremidades

La incoordinación evidente de la posición de las extremidades conocida como "ensalada de huesos".

Otros

- Feto nadador,
- Derrumbe fetal,
- Ausencia de cambios en la posición (en 2 tomas ultrasonografías es posible valorar la muerte fetal en pocas horas y actitud fetal de flexión extrema).

Para algunos tiene valor la amniografía al demostrar la ausencia del material de contraste en el estómago e intestino fetal (falta de deglución).

Signos ecográficos: La ventaja de este método reside en la precocidad con la que se puede establecer el diagnóstico. La ecografía de tiempo-real nos permite ver:

- Cese de la actividad cardiaca (visible desde las 6 - 8 semanas de gestación) y de la actividad aórtica.
- Ausencia de movimientos del cuerpo o extremidades del feto (que deben diferenciarse de los periodos fisiológicos de reposo fetal).
- Acumulo de líquido en el tejido subcutáneo, imagen de anasarca, de derrame pleural y peritoneal.

1.8 FACTORES DE RIESGOS

Los Factores de Riesgos (FR) relacionados en la Muerte fetal (MF) se clasifican de la siguiente manera:

- Materno
- Fetales
- Otros

1.8.1 Los factores maternos se dividen en modificables y no modificables.

Modificables:

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Uso de cigarrillo (30%), alcoholismo (14%), drogas (7%)
- Obesidad (> IMC30)

La muerte fetal puede suceder como complicación durante:

- El embarazo
- El parto.

Hasta en un 25 a 50% no se identifica la etiología de la muerte, por lo que se debe informar a los padres que no hay una causa específica en casi la mitad de las muertes fetales.

No modificables:

- Antecedente de pérdida fetal.
- Factor Rh negativo en la mujer.
- Enfermedades sistémicas (Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades renales, Cardiopatías, trombofilias, Intoxicaciones)
- Edad materna de riesgo (Mayor a 35 años). La mortalidad fetal después de los 40 casi duplica a la de mujeres entre 20 y 30 años.
- Las infecciones son responsables del 25% del total de muertes fetales.

1.8.2 Los factores fetales que se asocian a muerte fetal son:

- Sexo (Masculino)
- la Isoinmunización a factor Rh
- Malformaciones congénitas
- Restricción de crecimiento fetal
- Ruptura Prematura de membranas
- Disminución de líquido amniótico
- Circular de Cordón doble o triple
- Embarazos múltiples
- Malformaciones fetales congénitas
- Corioamnionitis
- Peso
- Posmaduréz.

1.8.3 Estilos de vida.

Entre los factores ambientales y personales está la baja condición socioeconómica, mal control prenatal, mala educación, analfabetismo, trabajo pesado y mala alimentación.

Las enfermedades maternas pasadas y actuales también son muy importantes. Se estima que los males maternos juegan un rol muy importante, ya que son responsables de un 10% de los óbitos fetales.

Existe un grupo de enfermedades en las que la coagulación está aumentada en las mujeres, se llama trombofilia, siendo una de sus manifestaciones el óbito fetal, fetos pequeños y aborto recurrentes.

Algunas de las enfermedades que pueden causar la muerte fetal son Preclampsia, eclampsia, diabetes, placenta previa, amenaza de aborto, parto pretérmino,

desprendimiento placentario, sífilis, VIH, toxoplasmosis, enfermedades renales, trombofilia, anemia, secreciones vaginales y otros.

Debe darse una mención especial a la colonización de la madre por el Estreptococo Grupo B, microorganismo que puede causar infección fetal y del recién nacido. Es por esto que se aconseja cultivos vaginales y perianales a las 36 semanas para identificar a las pacientes portadoras para que puedan ser tratadas en el parto o cesárea.

Aunque es menos frecuente, la placenta también puede provocar óbito fetal por desprendimiento, sangrados (placenta previa) y formar trombos.

1.8.4 Aspectos psicosociales

Los síntomas clásicos del duelo posterior a una muerte fetal son irritabilidad, pérdida del apetito, insomnio y perturbación de las actividades diarias, este es un proceso normal mediante el cual se rompen lazos emocionales hasta que la vida normal se restablece.

Muchas madres se aferran a la esperanza remota de que el feto se encuentre vivo, si bien otras manifiestan una conciencia plena temen al traumatismo adicional del trabajo de parto por las tensiones físicas no compensadas y la confirmación de la muerte.

Se debe explicar el beneficio que se obtiene al retrasar un próximo embarazo por lo menos un periodo mayor de 6 meses después de la muerte fetal, enfocándose a que el aspecto psicológico este resuelto, ya que de lo contrario se genera mayor ansiedad, se recomienda.

Los padres que presentan muerte fetal deben recibir atención óptima psicológica especializada.

De ser posible, se debe colocar a la paciente en una habitación separada, su expediente o habitación deben distinguirse de alguna manera que permita alertar al personal de salud o familiares que están ante un caso de pérdida fetal o muerte fetal.

Se debe propiciar que tanto los padres y familiares cercanos vean al recién nacido sin vida, ya que muchas madres han afirmado que la muerte no fue real para ellas hasta que lo vieron.

Se debe de asesorar a los familiares cercanos de la paciente con muerte fetal para detección de manifestaciones clínicas de estados depresivos.

1.9 CAUSAS DE MUERTE FETAL.

Las causas de muerte fetal ante parto de origen materno más comunes son:

- Diabetes mellitus
- Preclampsia.
- Eclampsia
- Hemorragias
- Retraso del crecimiento
- Infecciones
- Anormalidades congénitas.
- Amenaza de parto pretérmino.

A las mujeres con antecedente de muerte fetal y tabaquismo se les debe de ofrecer asesoría, fomentando apoyo en grupos de ayuda para abandonar el tabaquismo.

Ante la paciente con factores de Riesgo de muerte fetal, se debe ofrecer consulta y asesoría preconcepcional para futuros embarazos, control prenatal óptimo con monitoreo estrecho e intervenciones oportunas.

Se les debe informar a las embarazadas que deben evitar aumento de peso patológico si se encuentran con un $IMC \geq 25$.

Otras causas múltiples son:

Reducción de la perfusión sanguínea útero-placentaria:

- ✓ Originada por Hipertensión arterial inducida o preexistente a la gestación,
- ✓ Anemia aguda,
- ✓ Insuficiencia cardíaca,
- ✓ Cardiopatía materna, Arritmia,
- ✓ Desprendimiento de placenta normoinserta.

Reducción del aporte de oxígeno al feto:

- ✓ Originado por Infartos,
- ✓ Calcificaciones y hematomas placentarios,
- ✓ Procúbito y prociencia de cordón,
- ✓ Eritroblastosis fetal por isoimmunización RH ,
- ✓ Inhalación de monóxido de carbono, anemia materna grave.

Aporte calórico insuficiente:

- ✓ Originado por desnutrición materna grave, o
- ✓ Por enfermedades caquetizantes.

Desequilibrio metabólico:

- ✓ Originado por diabetes materna grave o descompensada.
- ✓ Obesidad.

Infecciones:

- ✓ Infecciones de vías urinarias.

Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis.

- ✓ Las infecciones bacterianas graves y parasitarias de la madre, de las membranas ovulares y del feto.

Intoxicaciones maternas y Drogadicción:

- ✓ Originadas por ingesta accidental de plomo, mercurio, sustancias tóxicas, etc.

Malformaciones congénitas:

- ✓ Las incompatibles con el crecimiento y desarrollo fetal (cardíacas, del SNC, renales, etc).

Alteraciones circulatorias fetales:

- ✓ Como puede ser en los gemelos univitelinos (feto transfusor).

Causa desconocida.

Según “estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal del Hospital San Borja Arriaran durante el periodo primero de enero al 31 de Diciembre del año 2002.

Se analizaron retrospectivamente 299 muertes fetales ocurridas entre las 22 y 42 semanas de gestación en un periodo de 5 años. Se incluyeron 279 casos con estudio histopatológico de la placenta y autopsia fetal. Se hizo la siguiente clasificación de causas primarias de muerte fetal:

- 1) Hipoxia fetal extrínseca, incluye asfixia aguda y shock: a) patologías placentarias, b) patologías de cordón umbilical, c) enfermedades maternas, d) causas no determinadas;
- 2) Anomalías congénitas;
- 3) Infecciones ascendentes;
- 4) Traumatismo de parto;
- 5) Hidrops fetal.

No se clasificaron fetos macerados o placentas con alteraciones involutivas. Se establecieron tres grupos según la edad gestacional en que ocurrió la muerte fetal: 22-29 semanas; 30-36 semanas y 37-42 semanas.

Resultados: Se conoció la causa de muerte fetal en 79.2% de los casos. Las causas más frecuentes fueron hipoxia fetal extrínseca 43.5%: insuficiencia placentaria 9.0%, hipertensión arterial 8.6%, desprendimiento placentario 6.1%, infarto placentario 5.7% y patología de cordón umbilical 4.3%. Anomalías congénitas 16.5%; infección bacteriana ascendente 16.1%; traumatismo del parto 2.2% e hidrops fetal 1.4%; causa desconocida 15.6%.

Entre las 30 y 36 semanas de gestación las principales causas fueron: patología placentaria 34.8%; anomalías congénitas 24.1% e hipertensión arterial 10.7%.

En gestaciones entre 37 y 42 semanas las principales causas fueron: patología placentaria 19.7%, embarazo postérmino (causa no determinada de hipoxia fetal) 15.5%; patología de cordón 11.3% y diabetes 8.5%.

Conclusiones: El análisis de los hallazgos de la autopsia fetal, del estudio de la placenta y de los antecedentes clínicos maternos, permiten aclarar la causa de la mayoría de las muertes fetales y planificar el manejo de un futuro embarazo.

1.10 CONSECUENCIAS ANATÓMICAS DE LA RETENCIÓN

Las alteraciones postmortem dependen de la época de la muerte fetal. Puede ocurrir: disolución, momificación, maceración, putrefacción, así como esqueletización y petrificación.

- **La disolución** puede ocurrir hasta los 2 meses. El embrión se disuelve y si ésta es completa no se encuentra nada, es el llamado huevo claro.
- **La momificación** puede producirse durante el tercer y cuarto meses y hasta cerca del término en fetos de embarazos abdominales. El líquido amniótico se reabsorbe, el feto se deseca y la piel se arruga y se pliega sobre los huesos. El feto adquiere un color gris, puede sufrir las presiones vecinas y llegar a constituir un "feto papiráceo", como en los embarazos gemelares.
- **La maceración** suele presentarse después del quinto mes. Clásicamente se dice que después del tercer día comienza a desprenderse la piel y se observan sucesivamente vesículas en los pies, los maléolos, el escroto, los miembros inferiores, las manos, los antebrazos y en la cara. Una serosidad decola la epidermis, la dermis desnuda se infiltra de hemoglobina y se hace violácea: es el llamado feto sanguinolento de Runge. Las vísceras sufren también la maceración el hígado se hace friable y el cerebro se transforma en una masa gelatinosa. Las articulaciones experimentan una relajación y todo el cuerpo se reblandece. La estructura ósea de la cabeza adquiere la consistencia de un saco, con los huesos craneales cabalgando entre sí.
- **La putrefacción** ocurre muy raramente. En general es producida por gérmenes anaerobios productores de gases que distienden al feto (enfisema fetal difuso) y el útero (fisómetra). En estos casos pueden producirse embolias sépticas y la muerte de la madre.
- **La esqueletización y la petrificación** son procesos excepcionales. La placenta se vuelve edematosa y grisácea, mientras el cordón se infiltra y se torna rojizo.

Hasta hoy no es posible determinar precisamente el momento en que ocurre la muerte del feto humano, sobre la base de las alteraciones regresivas existentes. No obstante, es probable que los procesos autolíticos se verifiquen con mayor rapidez de lo que se pensaba, ya que en la experimentación animal aparecen enseguida, se forma vesícula a las 9 horas y se observa una descamación cutánea a las 12 horas de ocurrida la muerte fetal.

1.11 COMPLICACIONES EN LA PACIENTE ANTE UNA MUERTE FETAL.

Las complicaciones que podría tener la paciente tras atravesar una muerte fetal u óbito fetal son las siguientes:

- Coagulopatía por consumo.
- Alteraciones psicológicas.
- **Hemorragias:** Pueden afectar el estado general de paciente y llevar a un estado de shock hemorrágico.
- **Infecciones:** Es la más peligrosa; rara en aborto espontánea y frecuente en abortos provocados.

Los gérmenes llegan a la cavidad uterina donde hay restos abortivos que favorecen su proliferación: Dx Clínica: escalofríos, fiebres, expulsión de exudado purulento mal oliente por genitales, palpación dolorosa de úteros y anexos. Leucocitosis.

- **Insuficiencia renal aguda:** Producida por las infecciones o utilización de sustancias abortivas.
- **Traumatismos:** producido durante la realización de abortos provocados.

1.12 MEDIDAS PREVENTIVAS

Para ayudar a determinar la etiología en un caso de muerte fetal se han emitido algunas recomendaciones de pasos secuenciales.

- Realizar una historia clínica lo más completa posible, con especial énfasis en la historia obstétrica, antecedentes familiares y patológicos crónicos, uso de medicamentos y en las pérdidas previas.
- Evaluación de los controles prenatales realizados y de las valoraciones ecográficas respecto del peso fetal, anomalías anatómicas e índice de líquido amniótico.
- Al momento del nacimiento se debe realizar una evaluación de la presencia de malformaciones gruesas del niño, la placenta, el cordón umbilical y las membranas.
- Evaluación histopatológica del feto, cordón, membranas y placenta. Este reporte provee la mayor información a través de la cual es posible detectar la causa de muerte.
- Evaluación del cariotipo fetal si se encuentran anomalías anatómicas. En caso de maceración marcada se recomienda tomar la muestra de tejido del cordón umbilical o de las membranas.
- Determinación de la prueba de Kleihauer-Betke, la cual sirve para determinar si hay glóbulos rojos del feto en una mujer embarazada con un grupo sanguíneo Rh negativo. Ayuda a conocer la cantidad de inmunoglobinas a administrar a la embarazada para prevenir la formación de anticuerpos anti-Rh por parte de la madre.
- Evaluación de las alteraciones hematológicas (trombofilias en casos individuales) y no descartar posibles alteraciones medio-ambientales.

1.13 CONCLUSIÓN

La muerte fetal intrauterina es un fenómeno que varía considerablemente en su frecuencia según los diferentes autores y los distintos países.

Los factores que se asocian a un mayor riesgo de la ocurrencia del fenómeno son: nivel educativo bajo, nivel económico bajo, edad mayor de 35 años o adolescencia precoz, sobrepeso, tabaquismo, alteración de la función renal en hipertensas, controles prenatales incumplidos, oligoamnios.

La muerte fetal es un evento que puede prevenirse en una proporción considerable de casos, si el control prenatal se respetara en calidad y cantidad; pero para ello se requiere mayores esfuerzos a fin de educar y llevar conciencia a la población sobre esta verdad.

De igual manera es absolutamente necesaria la investigación de las causas que llevaron a una muerte fetal (ya consumada), a fin de prevenir su recurrencia en embarazos futuros y ayudar a afrontar esta difícil situación.

1.14 PROTOCOLO DE MANEJO DE LA MUERTE FETAL

DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES

- 1.** Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y realice las medidas iniciales y de diagnóstico de todo control prenatal o protocolo de atención del parto normal. Explique a la mujer y a la persona que le apoya lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
- 2.** Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.
- 3.** Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la evaluación inicial.
- 4.** Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de la historia clínica perinatal.
- 5.** Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la historia clínica perinatal.
- 6.** Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la historia clínica perinatal. Amplíe su solicitud a TP, TTP, plaquetas, fibrinógeno o test de coagulación junto a la cama.
- 7.** Realice una evaluación clínica que incluya: presión arterial, frecuencia cardíaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.
- 8.** Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal, de la edad gestacional y descarte de alteraciones de partes blandas y óseas.
- 9.** Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal y sus potenciales anomalías.
- 10.** Ausculte la frecuencia cardíaca fetal por un minuto con cualquier método, inmediatamente después de una contracción uterina si las hubiera al momento del examen.
- 11.** Registre la frecuencia y duración de las contracciones uterinas (si aplica).

- 12.** Confirme por todos los medios diagnósticos de su unidad la ausencia de frecuencia cardíaca fetal (fonendoscopio, doppler, corneta de Pinard, monitoreo fetal electrónico o ecografía).
- 13.** Explique el problema a la mujer y a su familia. Brinde consuelo emocional.
- 14.** Con el diagnóstico de muerte fetal disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico calificado para aplicar el protocolo de finalización del embarazo más adecuado. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carnet perinatal.
- 15.** Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. Valore la presencia de anomalías en periné, vulva, vagina y cuello que se puedan visualizar y/o palpar. Valore índice de Bishop y valoración de la pelvis para descartar DCP.
- 16.** Explique las opciones de tratamiento y los pasos a seguir.

CAPÍTULO II

2.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

2.1.1 Observación

Observar mediante los cuadros estadísticos presentados en este estudio, los síntomas que presenta la paciente cuando está en un caso de muerte fetal u óbito fetal, las causas que provocan en una mujer la muerte fetal u óbito.

2.1.2 Diagnóstico.

Anamnesis:

- Percepción materna de disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.
- Ausencia de movimientos al examen físico.
- Contracciones uterinas espontáneas.

Examen físico:

- Auscultación de FCF por cualquier método: fonendoscopio, doppler, corneta de Pinard, monitoreo fetal electrónico o ecografía.
- Verificación de la presentación y posición fetal por maniobras de Leopold.
- Diagnóstico y confirmación de la labor de parto.
- Diagnóstico de la etapa y la fase de la labor de parto por examen o tacto vaginal para valorar el índice de Bishop.

Exámenes de laboratorio:

- Monitoreo fetal electrónico.
- Ecografía para confirmación de FCF negativa. Además cabeza fetal con contorno anormal, disminución o ausencia de líquido amniótico y feto sin tono en ocasiones doblado en dos.
- Rx de abdomen materno: confirma la muerte fetal después de 5 días. Los signos incluyen huesos del cráneo superpuestos, columna vertebral

hiperflexionada, burbujas de gas en el corazón y grandes vasos sanguíneos y edema del cuero cabelludo.

- Biometría hemática, TP, TTP, plaquetas, fibrinógeno, glucosa, etc.

El diagnóstico que un médico puede dar a una muerte fetal hasta ahora no es una exacta, ya que existe varios y diferentes factores que pueden ocasionar una muerte fetal.

En el diagnóstico de enfermería relacionando a una razón que provoca la muerte fetal, sería de la siguiente manera:

- ❖ **Hemorragia vaginal relacionada con dolor pélvico evidenciado por muerte fetal u óbito fetal.**
- ❖ **Muerte fetal u óbito fetal relacionado con dolor pélvico evidenciado por hemorragia vaginal.**

2.1.3 Planificación

Para el buen cuidado de una paciente que acaba de sufrir una muerte fetal de 20 a 34 semanas de gestación, se realiza una planificación de cuidados de enfermería, siendo de la siguiente manera:

- ✓ Control de signos vitales.
- ✓ Valorar y controlar el sangrado.
- ✓ Preparar a la paciente para su respectiva intervención quirúrgica.
- ✓ Administrar medicamentos.
- ✓ Promover el descanso a la paciente.
- ✓ Identificar los factores de riesgo que causó la muerte fetal.
- ✓ Promover una planificación familiar.

2.1.4 Ejecución:

Mediante la respectiva planificación de los cuidados de enfermería se ejecuta el trabajo que como profesional de enfermería, debemos brindar una buena atención a la paciente y promover el autocuidado para la recuperación satisfactoria de la paciente. Después de una muerte fetal u óbito fetal, la paciente requiere de ciertos cuidados, tales como:

- Control de los signos vitales, en caso de que se encuentre internada en un centro de salud para su respectiva recuperación.
- Reposo físico, psíquico y sexual de la paciente.
- Control de sangrado vaginal.
- Hidratar al paciente ya sea con una vía venosa permeable.
- Administración de medicamentos.
- Ayudar en los autocuidados que necesita tener la paciente, como la alimentación, descanso, etc.
- Brindar apoyo psicológico.

2.1.5 Evaluación:

La paciente se recupera ya que se han dado los cuidados de enfermería correctos, y se le enseñó como mantener su cuidado en el ámbito sexual y reproductivo, no puede tener un hijo hasta 6 meses después o un año después de la muerte fetal que paso, el motivo principal es que el útero aún se encuentra delicado, tiene que volver a su tamaño normal para poder concebir un hijo y no tener problemas.

2.2 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

2.2.1 Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem.

“El autocuidado 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”.

Influir al paciente para el logro del autocuidado.

La enfermera en un caso de muerte fetal, brinda cuidado a la paciente, manteniendo una comprensión respetuosa, un sistema de apoyo en el cuidado especial de la salud.

2.2.2 Teoría de humanismo, sentimientos y punto de vista de Rosemarie Pare.

Se basa en el humanismo, sentimientos y punto de vista.

Esta teoría ayuda a los pacientes a identificar cambios en los ritmos de cada día, en los posibles cambios que podría estar presente debido a una muerte fetal.

La muerte fetal ocasiona en la madre sentimientos en algunos casos de culpabilidad, para eso es necesario el apoyo familiar y profesional.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO.- Me permitió descubrir fenómenos, factores de riesgos o situaciones de la detección de muerte fetal, buscando especificar la causa principal.

BIBLIOGRÁFICO.- Mediante la investigación basada en datos de diversas fuentes bibliográficas, obtuve debidamente el avance científico del tema a investigar.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

En el cantón Pasaje, Provincia de El Oro, está localizado el Hospital San Vicente de Paul; se escoge esta área de estudio puesto que los resultados son vulnerables para el objeto de estudio.

El Hospital San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, es una unidad de salud del Ministerio de Salud Pública, de segundo nivel de la provincia de El Oro, se encuentra ubicado al suroeste de Pasaje, en la Avenida Quito entre Sucre y Bolívar.

Surge entonces, la necesidad de la comunidad por solucionar esta problemática, por lo que comenzaron a gestionar la construcción de un hospital que tanta falta hacía al cantón y que por derecho les correspondía, pensando en ofrecerles otro nivel de vida a las presentes y a las futuras generaciones.

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO.- Se contó con un universo de pacientes que son atendidas en el área de Ginecología del Hospital San Vicente de Paul.

MUESTRA.-La muestra es el 100% del universo.

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

EJERCICIO

$$N = \frac{245*(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2(245-1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$N = \frac{245 * 3.8416 * 0.25}{(0.0025)(244) + 3.8416 * 0.25}$$

$$N = \frac{235.298}{0.61 + 0.9604}$$

$$N = \frac{235.298}{1.5704}$$

$$N = 150 \text{ R//}$$

3.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El proceso se desarrollara en tres fases:

3.4.1 FASE DE INVESTIGACIÓN

MÉTODOS

MÉTODO INDUCTIVO DEDUCTIVO.- Este método fue utilizado para potenciar la investigación de hechos singulares que acontecen a proporciones generales, facilitando con ello la formulación de la hipótesis, lo cual en su proceso se dedujo apoyándose en las afirmaciones generalizadas particulares las mismas que conllevan a una cadena de enunciados en las que cada una es una conclusión lógica.

MÉTODO ANALÍTICO-SINTÉTICO.- Mediante el cual se manejo el completo estudio para descomponerlo en partes divididas, luego establecer mentalmente la unión entre las partes analizadas evidenciadas en las conclusiones.

TÉCNICAS

La técnica de recolección de la información fue mediante encuesta aplicada a la revisión de historias clínicas de pacientes que son atendidas en el área de Ginecología del Hospital Civil San Vicente de Paul.

INSTRUMENTOS

Se utilizó como instrumento lo siguiente:

- Análisis de documentos.
- Guía de características de las variables de estudio

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

El procedimiento se procedió de la siguiente manera:

1. Petición de permiso a las respectivas autoridades del Hospital San Vicente de Paul.
2. Revisión de historias clínicas de las pacientes seleccionadas.
3. Buscar datos estadísticos mediante ingresos hospitalarios.
4. Aplicar guía de encuesta
5. Consignación de datos.

Mi plan de tabulación se basó en la recolección de datos de los egresos hospitalarios del Hospital San Vicente de Paul, para luego ser representados mediante cuadros estadísticos y ser tabulados para su respectivo análisis y elaboración de conclusiones.

3.4.2 FASE DE INTERVENCIÓN

En esta fase se ejecutó un programa educativo a las pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes del Hospital Civil San Vicente de Paul sobre los factores de riesgos de una muerte fetal.

TÉCNICA: Se utilizó la técnica de exposición oral mediante diapositivas facilitando trípticos a las pacientes asistentes; así como también se ofertara los servicios de salud que ofrece el Ministerio de Salud Pública.

RECURSOS: La siguiente investigación conto con el recurso material y humano necesario para su materialización así tenemos:

Recursos Humanos:

- Egresada de Enfermería Denisse Estefanía González Noblecilla
- Personal del Hospital San Vicente de Paul.
- Pacientes gestantes.

Recursos Materiales.

- Computador

- Infocus
- Diapositivas
- Nominas
- Trípticos
- Refrigerio
- Test de evaluación

3.4.3 FASE DE EVALUACIÓN

La intervención se evaluó tomando en cuenta tres criterios.

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

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 obtenido a través de la intervención realizada mediante la exposición oral.

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

PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que fueron recolectados para luego ser 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.

3.5 HIPÓTESIS

La muerte fetal en pacientes gestantes que son atendidas en el área de Ginecología del Hospital Civil San Vicente de Paul durante el año 2012 es baja.

3.6 VARIABLES

- **Variables independientes:**

Número de casos de muerte fetal.

- **Variables dependientes:**

Factores de riesgos.

- **Variables intervinientes:**

Características individuales

Antecedentes gineco-obstetricos.

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características individuales	Patrones de comportamiento observables y medibles producto del ambiente social y cultural.	Edad	Número de años cumplidos	Menor de 20 años 20 – 35 años Mayor de 35 años
		Estado civil	Situación familiar	Casada Unión libre Soltera Divorciada Viuda
		Escolaridad	Años de estudio	Primaria Secundaria Sec. Incompleta Bachiller Nivel superior Ninguna

		Ocupación	Desempeño actual	Estudia Trabaja Quehaceres domésticos Ninguna
Factores de riesgos	Son aquellas características y atributos que se presentan asociados diversamente con las enfermedades.	Antecedentes gineco-obstetricos	Enfermedades maternas	Preclampsia Eclampsia Diabetes Sífilis VIH Enfermedades renales Anemia Ninguna
			Antecedentes obstétricos	Placenta previa Secreción vaginal Amenaza de aborto APP

				Desprendimiento placentario ninguno
			Antecedentes personales	Número de embarazos Número de abortos Periodo intergenésico Embarazos gemelares Tipo de parto Condición de RN
			Controles prenatales	1 – 5 1 – 13 Ninguno
			Hábitos de consumo	Alcohol Droga Otros Ninguno
			Número de casos de muerte fetal	15 casos

CAPÍTULO IV

4. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO N°1

EDAD EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

EDAD		
EDAD	TOTAL	%
Menor de 15 años	54	36
16 - 25 años	45	30
26 - 35 años	34	23
mayor de 35 años	17	11
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa la edad de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que el 36% de las madres gestantes son menores de 15 años de edad, el 30% fueron de 16 – 25 años de edad, mientras que el 23% oscilaban las madres de 26 – 35 años de edad.

Se observa como la mayoría de gestantes que acuden al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje, son adolescentes menores, que mientras aumenta la edad de las gestantes disminuye el porcentaje, lo que significa que las mujeres que más se embarazan son las adolescentes y jóvenes adultas.

Según un estudio de Naciones Unidas, los países más críticos con cifras alarmantes en América Latina son Nicaragua y Honduras, **Ecuador está en tercer lugar.**

De siete millones de mujeres que tiene el Ecuador, **122 mil son madres adolescentes**, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

CUADRO N°2

ESTADO CIVIL EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

ESTADO CIVIL		
ESTADO CIVIL	TOTAL	%
Casada	24	16
Soltera	9	6
Unión Libre	104	69
Divorciada	8	5
Viuda	5	3
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: En el siguiente cuadro se puede observar que el estado civil que más porcentaje tiene es de unión libre con un 69%, el 16% son casadas, mientras que el 6% son solteras, el 5% son divorciadas y el 3% son viudas.

Se observan que el estado civil de las mujeres gestantes que acuden al Hospital Civil San Vicente de Paul son de unión libre con un 69% y que un 16% son casadas, lo que significa que la mayoría de las gestantes atendidas en el Hospital Civil San Vicente de Paul son de estado civil unión libre.

Según los doctores. Gonzalo A. Sotero Salgueiro, Claudio G. Sosa Fuertes, Álvaro Domínguez Rama, Justo Alonso Telechea, Raúl Medina M; El grupo más grande dentro del estado civil de las pacientes fue el concubinato estable, representando 52,8% del total de la muestra, seguido del grupo de casadas (22,2%), y solteras

(21,6%); este resultado tiene similitud al presente por las condiciones del estado civil de las mujeres gestantes que acuden al Hospital Civil San Vicente de Paul.

CUADRO N°3

NIVEL ESCOLARIDAD EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

NIVEL DE ESCOLARIDAD		
NIVEL DE ESCOLARIDAD	TOTAL	%
Primaria	11	7
Secundaria incompleta	80	53
Bachiller	38	25
Nivel Superior	10	7
Ninguna	11	7
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa el nivel de escolaridad de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que el 53% de las madres gestantes tienen su nivel de escolaridad hasta la secundaria incompleta, el 25% son bachilleres, mientras que el 7% son de primaria y otras de nivel superior y sin ningún nivel de escolaridad en un 7%. Se observa como la mayoría de gestantes solo han cursado hasta la secundaria sin culminar sus estudios quedando su nivel de conocimiento escaso.

Los años de estudio cursados y su relación con la posibilidad de Muerte Fetal fueron evaluados por Froen y cols; concluyeron que las madres con niveles educativos equivalentes a doce años de estudio no presentan un factor de riesgo adicional para muerte fetal inexplicada, mientras que en aquellas con niveles educativos de menos

de diez años, se evidencia un riesgo 3,7 veces mayor de presentarla; esta misma conclusión fue sustentada por Fifer y col.

CUADRO N°4

OCUPACIÓN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

OCUPACION		
OCUPACION	TOTAL	%
Estudia	19	13
Trabaja	60	40
Quehaceres domésticos	63	42
Ninguno	8	5
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: En el siguiente cuadro se puede observar la ocupación de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que el 42% de las madres gestantes se dedican a quehaceres domésticos, el 40% trabaja, mientras que el 13% se dedican a estudiar o culminar sus estudios, y el 5% no tienen una ocupación definida.

Se observa como la mayoría de gestantes se dedican a quehaceres domésticos en un 42% y son pocas las gestantes que se dedican a estudiar o culminar sus estudios, lo

que significa que al momento que las mujeres se enteran de su embarazo dejan sus estudios y no puede adquirir conocimientos sobre los riesgos de un embarazo.

CUADRO N°5

ENFERMEDADES MATERNAS RELACIONADO CON CONDICIÓN DE RN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

ENFERMEDADES MATERNAS	CONDICIÓN RN					
	VIVO		MUERTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Preclampsia	18	12	1	1	19	13
Eclampsia	3	2	0	0	3	2
Diabetes mellitus	4	3	0	0	4	3
Hipertensión	15	10	0	0	15	10
Sífilis	0	0	0	0	0	0
VIH	0	0	0	0	0	0
Enfermedades renales	1	1	0	0	1	1
Anemia	26	17	3	2	29	19
Causa desconocida	0	0	5	3	5	3
Ninguna	74	49	0	0	74	49
Total	141	94	9	6	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa las enfermedades relacionadas con muerte fetal en madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestran que el 1% de muerte fetal fue causada por Preclampsia; mientras que por presentar anemia materna aumenta en un 2% y por causa desconocida en un 3%, lo que significa que la mayoría de muerte fetal es por anemia y por causa desconocida.

Según estudio de Janer Sepúlveda: Como factores asociados se señalan las concentraciones de hemoglobina menores de 11,5 g/dl y mayores de 14,6 g/dl, así como pacientes que cursen con embarazos múltiples. El antecedente de cesárea en el primer embarazo también puede incrementar el riesgo de Muerte Fetal, al parecer básicamente relacionado con ruptura uterina.

El Dr. Jorge Salvador en un estudio encontró que las causas que produjeron muerte fetal son: infecciones (28%), hemorragias (20,3%), hipertensión (15,5%) y malformaciones (3,6%). No se determinó la causa en 28,6%

CUADRO N°6

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS RELACIONADO CON CONDICIÓN DE RN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	CONDICION RN					
	VIVO		MUERTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PLACENTA PREVIA	6	4	1	1	7	5
SECRECION VAGINAL	37	25	0	0	37	25
AMENAZA DE ABORTO	37	25	1	1	38	25
APP	35	23	1	1	36	24
DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO	1	1	0	0	1	1
NINGUNO	31	21	0	0	31	21
TOTAL	147	98	3	0	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: En el siguiente cuadro se puede observar los antecedentes obstétricos relacionados con muerte fetal de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que hubo muerte fetal en 1% por presentar placenta previa, amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino (APP), lo que significa que unas de las causas de muerte fetal en las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil

San Vicente de Paul del Cantón Pasaje son placenta previa, amenaza de aborto y amenaza de parto pretérmino.

Janer Sepúlveda en un estudio índico que las pacientes con pérdidas fetales inexplicadas, hasta un 42% presenta alteraciones en los factores de la coagulación y un 16% ha tenido una complicación ginecológica mayor secundaria a estas como retardo de crecimiento intrauterino, pre-eclampsia y abruptio placentae.

CUADRO N°7

NÚMERO DE EMBARAZOS EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

NÚMERO DE EMBARAZOS		
NÚMERO DE EMBARAZOS	TOTAL	%
1 - 2 Embarazos	78	52
3 - 4 Embarazos	62	41
5 - 6 Embarazos	10	7
7 - más Embarazos	0	0
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa el número de abortos de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro muestra que 52% de madres gestantes tienen un promedio de embarazos entre 1 - 2, el 41% son de 3 - 4 embarazos, mientras que el 7% son de 5 – 6 embarazos.

Se observa como la mayoría de gestantes que acuden al Hospital Civil San Vicente de Paul tienen de 1 – 2 embarazos en un 52%; mientras el menor porcentaje que demuestra en embarazos de 5 – 6 es de 7%.

La paridad muestra reportes controvertidos al ser evaluada como factor de riesgo para Muerte Fetal Inexplicada. Por un lado, reportes como el publicado por Huang y cols, que es un estudio de cohortes, concluyen que la nuliparidad y la multiparidad con más

de tres gestaciones previas generan estadísticamente significativos factores de riesgo para Muerte Fetal Inexplicada.

CUADRO N°8

NÚMERO DE ABORTOS RELACIONADO CON CONDICIÓN DE RN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

NÚMERO DE ABORTOS	CONDICIÓN RN					
	VIVO		MUERTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1 - 2 Abortos	76	51	1	1	77	51
3 - 4 Abortos	10	7	0	0	10	7
5 - 6 Abortos	1	1	0	0	1	1
7 - más Abortos	1	1	0	0	1	1
Ninguno	60	40	1	1	61	41
Total	148	99	2	1	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa la cantidad de abortos de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul.

El cuadro demuestra que el 1% de muerte fetal es por causas de 1 – 2 abortos anteriores al óbito presente; mientras que el 1% de muerte fetal no fue por causa de ningún aborto anteriormente, lo que significa que las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul tuvieron de 1 – 2 abortos antes de la muerte fetal presente.

La muerte fetal temprana es muy común en todos los entornos, en el mundo desarrollado afecta el 15% de los embarazos. Esta cifra probablemente sea similar en lugares de escasos recursos, porque mientras que la edad más temprana de las

embarazadas reduciría la cantidad de abortos espontáneos por anomalías genéticas, es posible que la cifra sea superior por una frecuencia más alta de infecciones (paludismo y sífilis).

CUADRO N°9

PERIODO INTERGENÉSICO EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

PERIODO INTERGENÉSICO		
PERIODO INTERGENÉSICO	TOTAL	%
1 - 2 Años	96	64
3 - 4 Años	45	30
5 - 6 Años	8	5
7 - más años	1	1
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa el periodo intergenésico de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que el periodo intergenésico con más porcentaje es el que corresponde de 1 – 2 años con el 64%, mientras que el 30% tiene un periodo intergenésico de 3 – 4 años, el 5% oscilan entre 5 – 6 años y el 1% de 7 – más años.

Se observa como las mayoría de gestantes que acuden al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje tienen un periodo intergenésico mínimo de 1 – 2 años con el 64%, mientras que aumenta los años de periodo intergenésico disminuye el porcentaje con el 1%.

Según Manuel Ticonal, Diana Huanco en un estudio encontraron que el factor de riesgo más importante fue el intervalo intergenésico corto, con 4,7, y los 6 factores restantes tienen similar peso en relación a la mortalidad perinatal, ya que entre el primero y el último no hay sino una diferencia de 0,3 puntos.

En el análisis multivariado, los factores de riesgo responsables de la mortalidad perinatal fueron: período intergenésico menor de 12 meses, altitud por encima de 3000 metros y control prenatal ausente o inadecuado.

CUADRO N°10

EMBARAZO GEMELAR EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

EMBARAZO GEMELAR		
EMBARAZO GEMELAR	TOTAL	%
Si	13	9
NO	137	91
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa la cantidad de embarazos gemelares de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que de las 150 madres gestantes solamente el 9% presentaron embarazo gemelar, siendo el mayor porcentaje aquellas madres que no presentaron embarazo gemelar con el 91%, lo que significa que las mujeres que presentaron embarazo gemelar son pocas, lo cual disminuye el riesgo de mortalidad fetal.

Según Susana Barba J. , Jorge Carvajal C. PhD. en un estudio encontraron que el embarazo múltiple está asociado a un aumento en la mortalidad y morbilidad perinatal, comparado con el embarazo único. Una complicación grave que afecta al embarazo gemelar es la muerte fetal in útero de un gemelo, situación que implica un riesgo de morbilidad/mortalidad para el feto sobreviviente y la embarazada. En base a la mejor evidencia disponible sugerimos una pauta de manejo que permita optimizar el resultado perinatal del gemelo sobreviviente y de la embarazada.

CUADRO N°11

TIPO DE PARTO EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

TIPO DE PARTO		
TIPO DE PARTO	TOTAL	%
Normal	85	57
Cesárea	65	43
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa el tipo de parto de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que el 57% de las madres gestantes tuvieron su parto normal, mientras que el 43% fue cesárea, lo que significa que la mayoría de los partos que se presentan en las mujeres gestantes son partos normales.

Según los doctores Pedro Faneite, Clara Rivera, Josmery Faneite, Rosanna Amato En Estados Unidos en el 2007, casi un tercio (32%) de todos los nacimientos fueron partos por cesárea. Aunque hay a menudo indicaciones clínicas claras para un parto por cesárea, los beneficios a corto y largo plazo y los riesgos tanto para la madre y el niño han sido objeto de intensos debates durante más de 25 años.

CUADRO N°12

CONDICIÓN DE RN EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CONDICIÓN RN		
CONDICIÓN RN	TOTAL	%
Vivo	135	90
Muerto	15	10
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa la condición de Recién Nacido de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que el 10% son muertes fetales y que el 90% son nacidos vivos, lo que significa que de mil nacidos vivos el 10% son óbitos fetales por condiciones maternas-fetales, incluso causas desconocidas.

Según el DR. JORGE SALVADOR en un estudio encontró que la tasa de muerte fetal obtenida en este estudio es de 23,3/1000 nacidos, ligeramente mayor a las reportadas últimamente en nuestro medio, pues se describe tasas entre 18,5 y 20,8. Sin embargo, la tasa de muerte fetal tardía de 16,1 sí está dentro de lo esperado; estudios nacionales la reportan entre 9 y 31. Estos resultados son semejantes a los reportados en otros países en vías de desarrollo, como Ecuador y Chile; sin embargo, son superiores a las descritas en los países desarrollados, en los cuales las tasas de muerte fetal varían entre 4,8 y 8,1 diferencia debida al mayor acceso de la población gestante a los centros hospitalarios, donde se cuenta con una mejor infraestructura y

organización de los recursos técnicos y humanos para el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de la población con riesgo.

CUADRO N°13

CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

CONTROLES PRENATALES		
CONTROLES PRENATALES	TOTAL	%
1 - 5 Controles	141	94
1 - 13 Controles	0	0
Ninguno	9	6
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa la cantidad de controles prenatales realizados en las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que el 94% de las madres gestantes se han hecho controles prenatales mínimos de 1 – 5 controles prenatales, mientras que el 6% no se han realizado ningún tipo de control prenatal aumentado el riesgo de muerte fetal.

Según el Dr. Jorge Salvador La falta de control prenatal, en 86,3% de los casos con muerte fetal, coincide con lo reportada. Existe mayor riesgo de muerte fetal, con significancia estadística, en las gestantes sin control prenatal.

Según Manuel Ticonal, Diana Huanco *indica que* la falta de control prenatal, es el factor más grave de riesgo, pues sólo la madre llegará en busca de asistencia tardíamente en el curso del parto, sin conocerse nada de ella, sin exámenes auxiliares, sin historia clínica, afectada en algunos casos con enfermedades intercurrentes, con complicaciones del embarazo ya establecida, distocias en marcha, etc. Todo lo cual

puede ya definitivamente haber ocasionado daño irreparable al feto y a la misma gestante.

CUADRO N°14

HÁBITOS DE CONSUMO EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

HÁBITOS DE CONSUMO		
HÁBITOS DE CONSUMO	TOTAL	%
Alcohol	1	1
Droga	2	1
Otros	0	0
Ninguno	147	98
Total	150	100

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa los hábitos de consumo de las madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que el 1% de las madres han consumido alcohol, mientras que el 1% han consumido droga; sin embargo el 98% de las madres no tienen ningún hábito de consumo, lo que significa que son pocas las madres gestantes que han tenido alguna vez algún hábito de consumo, disminuyendo así las tasas de muerte fetal.

El consumo excesivo de café, definido como ocho tazas o más por día, aumenta tres veces el riesgo de muerte fetal comparado con mujeres que no lo consumen (OR 3,0 con intervalo de confianza 1,5 - 5,9); también están asociados la ingestión de alcohol y el abuso de cocaína.⁸

Froen y cols. así como Sims y cols. publican en sus revisiones clínicas que madres fumadoras de más de diez cigarrillos por día presentan tres veces más riesgo de Muerte Fetal Inexplicada cuando se comparan con no fumadoras.

CUADRO N 15

NÚMERO DE GESTANTES SEGÚN MUESTRA RELACIONADO CON NÚMERO DE GESTANTES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL EN PACIENTES GESTANTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAÚL DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2012.

N° GESTANTES SEGÚN MUESTRA	N° GESTANTES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL.	%
150	15	10%

Fuente: Registros de Historia clínica única

Realizado por: Denisse Estefanía González Noblecilla

Análisis: El siguiente cuadro representa el número de muerte fetal en madres gestantes que acudieron al Hospital Civil San Vicente de Paul del Cantón Pasaje.

El cuadro demuestra que según la muestra de 150 gestantes el 10% presento muerte fetal; lo que significa que es un valor significativo para realizar prevención y así evitar que aumente más del valor dado.

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN

4.2.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO

CUADRO N° 1

Interés del tema por parte de las usuarias que asistieron a la Charla Educativa a la Unidad de Salud Nuevos Horizontes el día 30 Octubre del 2013.

INTERÉS DEL TEMA	N.-	%
SI	30	100%
NO	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta.

Beneficiarios: Pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

Elaborado Por: Denisse Estefanía González Noblecilla

ANÁLISIS: De las 30 pacientes que asistieron a la charla educativa en la Unidad de Salud Nuevos Horizontes el día 30 de Octubre, manifestaron que el tema de exposición fue de gran interés para adquirir conocimientos y prevenir una muerte fetal.

CUADRO N° 2

Opinión sobre la claridad de la exposición por parte de las pacientes gestantes que asistieron a la charla educativa a la Unidad de Salud Nuevos Horizontes el día 30 Octubre del 2013.

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN	N.-	%
SI	30	100%
NO	0	0
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta.

Beneficiarios: Pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

Elaborado Por: Denisse Estefanía González Noblecilla

ANÁLISIS: La claridad de exposición según las pacientes asistentes a la charla educativa si fue clara en el 100%.

CUADRO N.- 3

Opinión sobre la calidad de material educativo de la expositora por parte de las pacientes que asistieron a la charla educativa a la Unidad de Salud Nuevos Horizontes el día 30 Octubre del 2013.

CALIDAD DE MATERIAL EDUCATIVO	N.	%
BUENO	30	100%
REGULAR	0	0%
MALO	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta.

Beneficiarios: Pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

Elaborado Por: Denisse Estefanía González Noblecilla

ANÁLISIS: El material educativo según el 100% de las pacientes que asistieron a la charla educativa es bueno.

CUADRO N° 4

Calidad del ambiente por parte de las usuarias que asistieron a la charla educativa sobre Factores de riesgos de muerte fetal. Hospital San Vicente de Paul. Pasaje. Primer semestre. Año 2012 realizado en la Unidad de Salud Nuevos Horizontes el día 30 Octubre del 2013.

CALIDAD DEL AMBIENTE	N.-	%
ADECUADO	30	100%
INADECUADO	0	0%
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta.

Beneficiarios: Pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

Elaborado Por: Denisse Estefanía González Noblecilla

ANÁLISIS: La calidad de ambiente donde se brindó la intervención de la charla educativa fue adecuada en un 100%.

4.2.2 PRODUCTO

CUADRO N. 5

PRE TEST REALIZADO A LAS PACIENTES GESTANTES QUE ACUDIERON A LA CHARLA EDUCATIVA REALIZADO EN LA UNIDAD DE SALUD NUEVOS HORIZONTES.

RESP	P 1	%	P 2	%	P 3	%	P 4	%	P 5	%	P 6	%
SI	27	90	20	66	19	63	16	53	9	30	9	30
NO	3	10	10	34	11	37	14	47	21	70	21	70
TOTAL	30	100%	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Fuente: Encuesta.

Beneficiarios: Pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

Elaborado Por: Denisse Estefanía González Noblecilla

ANÁLISIS: Al realizar el pre test a las pacientes que acudieron a la charla educativa pudieron demostrar que el 90% creen que los controles prenatales son importantes durante el embarazo, mientras que el 10% ignoran esta importancia. El 34% de las pacientes creen que el número de embarazos no es un factor de riesgo ante una muerte fetal; el 37% de las pacientes creen que las infecciones de vías urinarias no ocasiona una muerte fetal; las enfermedades cardiovasculares según las pacientes no son factor de riesgo de muerte fetal en un 47%. Según el 70% de las pacientes la diabetes no es un factor de riesgo de muerte fetal. El mismo porcentaje (70%) presume que por consumir alcohol, drogas no puede ocasionar una muerte fetal.

CUADRO N. 6

POST TEST REALIZADO A LAS PACIENTES GESTANTES QUE ACUDIERON A LA CHARLA EDUCATIVA REALIZADO EN LA UNIDAD DE SALUD NUEVOS HORIZONTES.

RESP	P 1	%	P 2	%	P 3	%	P 4	%	P 5	%	P 6	%
SI	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100
NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	30	100%	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Fuente: Encuesta.

Beneficiarios: Pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

Elaborado Por: Denisse Estefanía González Noblecilla

ANÁLISIS: Al realizar el post test luego de la intervención a través de la charla educativa a las pacientes gestantes que acudieron a la Unidad de Salud Nuevos Horizontes respondieron en un 100% satisfactoriamente las preguntas adquiriendo los conocimientos brindados

4.2.3 IMPACTO

CUADRO N° 7

Opinión sobre la el trato que recibieron los pacientes antes, durante y después de la intervención por parte de la expositora a los pacientes que asistieron a la charla educativa a la Unidad de Salud Nuevos Horizontes el día 30 Octubre del 2013.

TRATO A LOS PACIENTES	N.	%
BUENO	30	100%
REGULAR	0	0%
MALO	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta.

Beneficiarios: Pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

Elaborado Por: Denisse Estefanía González Noblecilla

ANALISIS: El trato que recibieron los pacientes por parte de la expositora antes, durante y después de la charla educativa fue bueno en un 100%.

CONCLUSIÓN

Del 100% de pacientes gestantes, tienen el conocimiento brindado mediante la charla expuesta; queda satisfecha con la intervención realizada por parte del equipo de salud e identifica los principales factores de riesgo, ya que la manera de la exposición fue explícita, utilizando un método de fácil comprensión, presentando gráficas y cumpliendo a con la meta planteada, deduciendo que carecen de cierta información acerca de las complicaciones que se puede presentar durante el embarazo la cual puede ocasionar una muerte fetal.

CONCLUSIONES

Luego de haber aplicados los instrumentos de investigación se puede concluir:

- Que el 36% de las madres gestantes son menores de 15 años de edad, el 30% fueron de 16 – 25 años de edad, mientras que el 23% oscilaban las madres de 26 – 35 años de edad.
- El estado civil de las mujeres gestantes que acuden al Hospital Civil San Vicente de Paul son de unión libre con un 69% y que un 16% son casadas, lo que significa que la mayoría de las gestantes atendidas en el Hospital Civil San Vicente de Paul son de estado civil unión libre.
- El 53% de las madres gestantes tienen su nivel de escolaridad hasta la secundaria incompleta, el 25% son bachilleres, mientras que el 7% son de primaria y otras de nivel superior y sin ningún nivel de escolaridad en un 7%. Se observa como la mayoría de gestantes solo han cursado hasta la secundaria sin culminar sus estudios quedando su nivel de conocimiento escaso.
- La mayoría de gestantes se dedican a quehaceres domésticos en un 42% y son pocas las gestantes que se dedican a estudiar o culminar sus estudios, lo que significa que al momento que las mujeres se enteran de su embarazo dejan sus estudios y no puede adquirir conocimientos sobre los riesgos de un embarazo.
- El 1% de muerte fetal fue causada por Preclampsia; mientras que por presentar anemia materna aumenta en un 2% y por causa desconocida en un 3%, lo que significa que la mayoría de muerte fetal es por anemia y por causa desconocida.
- La mayoría de gestantes que acuden al Hospital Civil San Vicente de Paul tienen de 1 – 2 embarazos en un 52%; mientras el menor porcentaje que demuestra en embarazos de 5 – 6 es de 7%.
- El 1% de muerte fetal es por causas de 1 – 2 abortos anteriores al óbito presente; mientras que el 1% de muerte fetal no fue por causa de ningún aborto anteriormente, lo que significa que las madres gestantes que acudieron

al Hospital Civil San Vicente de Paul tuvieron de 1 – 2 abortos antes de la muerte fetal presente.

- Que de las 150 madres gestantes solamente el 9% presentaron embarazo gemelar, siendo el mayor porcentaje aquellas madres que no presentaron embarazo gemelar con el 91%, lo que significa que las mujeres que presentaron embarazo gemelar son pocas, lo cual disminuye el riesgo de mortalidad fetal.
- Que el 57% de las madres gestantes tuvieron su parto normal, mientras que el 43% fue cesárea, lo que significa que la mayoría de los partos que se presentan en las mujeres gestantes son partos normales.
- El 10% son muertes fetales y que el 90% son nacidos vivos, lo que significa que de mil nacidos vivos el 10% son óbitos fetales por condiciones maternas-fetales, incluso causas desconocidas.
- El 94% de las madres gestantes se han hecho controles prenatales mínimos de 1 – 5 controles prenatales, mientras que el 6% no se han realizado ningún tipo de control prenatal aumentando el riesgo de muerte fetal.
- El 1% de las madres han consumido alcohol, mientras que el 1% han consumido droga; sin embargo el 98% de las madres no tienen ningún hábito de consumo, lo que significa que son pocas las madres gestantes que han tenido alguna vez algún hábito de consumo, disminuyendo así las tasas de muerte fetal.
- De la muestra de estudio que fueron 150 pacientes atendidas en el área de ginecología en el Hospital Civil San Vicente de Paul presentaron 15 casos de muerte fetal, dando un porcentaje de 10%.

RECOMENDACIONES

- Una recomendación para las pacientes gestantes, que acuden a la Unidad de Salud donde tenga más accesibilidad de llegar y realizarse todos los meses los controles prenatales correspondientes.
- No descuidar el estado nutricional de las gestantes, para evitar que durante el embarazo se produzca la anemia materna y así evitar una posible muerte fetal.
- Realizarse ecografías obstétricas para poder diagnosticar cualquier anomalía del feto y evitar posibles complicaciones.
- Se recomienda a las gestantes en riesgo por su condición de salud, dependiendo del estado controlar los signos de movimiento del feto, controlar su presión arterial, en caso de que haya sido diagnosticada de hipertensión.
- Otra de las recomendaciones que puedo dar es que al momento de la labor de parto, colaboren con el personal de salud, no cerrarse al posible nacimiento del bebe; son muchos los riesgos que corre él bebe cuando la madre no colabora.
- Evitar que se desarrollen cualquier tipo de infecciones de vías urinarias, ya que es un factor relacionado a una posible muerte fetal.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. 12 Revision, Vol 1. Geneva: WHO; 1997.

Dra. Ana C. Rodríguez Núñez. Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristobal. Cuba.

Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin04204.htm

2. Goldenberg R, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *Am J ObstetGynecol* 2003; 189: 861-73. Alfredo Ovalle S.1, Elena Kakarieka W.2, Ángel Correa P.1, María Teresa Vial P.2, Carlos Aspillaga M.1.
3. Van Geertruyden JP, Thomas F, Erhart A, D'Alessandro U. The contribution of malaria in pregnancy to perinatal mortality. *Am J TropMedHyg* 2004; 71: 35-40.
4. Pardo J, Sedano M, Fuhman A, Capetillo M, Alarcón J. Muerte fetal. Análisis prospectivo de un año. *RevChilObstetGinecol* 1993; 58: 262-70.

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262005000500005&script=sci_arttext

5. UNICEF. Programming for safe motherhood. UNICEF Headquarters. Health, programme division 1999.
6. Starting Sexual Relationships: Marriage and living together. Hopes and realities 1995.
7. Rodríguez E. Muerte fetal y factores asociados en el Hospital Cayetano Heredia (Tesis de Bachiller). Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
8. Santivañez V. Estudio descriptivo de los factores asociados matematos a la mortalidad en el Hospital Arzobispo Loayza 1982-1985 (Tesis de Especialista

en Ginecología y Obstetricia). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1987.

9. J. Muerte fetal: incidencia y causas asociadas (Tesis de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1990.
10. AHLENNIUS I, Floberg J. Thomassen P. Sesenta y seis casos de muerte fetal intrauterina. Un estudio prospectivo con un protocolo de pruebas extensas. *Acta ObstetGynaecolScand* 1995; 74: 109-17
11. BARBAL A, CS Ortola, E. y col Villarroya. Revisión Retrospectiva del RCIU En El Hospital Gnral d 'Elx: Diagnóstico y Epidemiología. Elche. Alicante, España. *Clínica de Investigación en Ginecología Obstetricia*. 1995; 22 (4): 174-182.
12. J, Sedano M, Fuhman A, Capetillo M, Alarcón J. Muerte fetal. Análisis prospectivo de un año. *RevChilObstetGinecol* 1993; 58: 262-70.
13. González R, Gómez R, Castro R. Guía Perinatal. Ministerio de Salud. Centro de Investigación Perinatal (CEDIP); 2003.
14. Sinobas. Muerte fetal. En: Rigol OR. *Obstetricia y ginecología. Patología obstétrica*. Vol. 2. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1989.
15. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.

Disponible en:

http://www.ecured.cu/index.php/Muerte_Fetal

16. Soregaroli M, Bonera R, Danti L, Dinolfo D, Taddei F, Valcamonico A et al. Prognostic role of umbilical artery Doppler velocimetry in growth-restricted fetuses. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11(3): 199-203.
17. Rojas E, Salas K, Oviedo G, Plenzyk G. Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2006; 71(1):22-28.2. Ovalle A, Kakarieka E, Correa A, Vial MT, Aspillaga C. Estudio anatómico-clínico de las causas de muerte fetal.

18. Rev. Chil. obstet. ginecol. 2005; 70(5):303-312. 3. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Situación de Salud en las Américas. [on line] Sep. 2006. [fecha de acceso 15 de agosto de 2008].

URL disponible en:

http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menu-principal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/agosto/MortMaternaInfantilPerinatal.pdf

19. Diagnóstico y Tratamiento de Muerte Fetal con Feto Único.

Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/567GRR.pdf>

20. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. 12th Revision, Vol 1. Geneva: WHO; 1997.

Dra. Ana C. Rodríguez Núñez. Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristobal. Cuba.

Disponible:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2004000200004&script=sci_arttext&tlng=es#cargo

21. Goldenberg R, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. Am J ObstetGynecol 2003; 189: 861-73. Alfredo Ovalle S.¹, Elena Kakarieka W.², Ángel Correa P.¹, María Teresa Vial P.², Carlos Aspillaga M.

ANEXOS

ANEXO N°1

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

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA: FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. PASAJE. PRIMER SEMESTRE. AÑO 2012

DIRIGIDO A: Pacientes gestantes que son atendidas en el área de Ginecología del Hospital Civil San Vicente de Paul durante el periodo el año 2012.

PREGUNTAS

I. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES

1. Cuantos años tiene usted

- a) Menos de 15 años
- b) 16 – 25 años
- c) 26 – 35 años
- d) Mayor de 35 años

2.Cuál es su estado civil

- a) Casada
- b) Unión libre
- c) Divorciada
- d) Soltera
- e) Viuda

3.Cuál es su nivel de escolaridad

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Incompleta

d) Bachiller

e) Nivel superior

f) Ninguna

4. Cuál es su ocupación actual

a) Estudia

b) Trabaja

c) Quehaceres domésticos

d) Ninguna

II. FACTORES DE RIESGOS

ENFERMEDADES MATERNAS

5. Ha padecido Ud. alguna de estas enfermedades durante su embarazo

a) Preclampsia

b) Eclampsia

c) Diabetes

d) Hipertensión

e) Sífilis

f) VIH

g) Enfermedades renales

h) Anemia

i) Causa desconocida

j) Ninguna

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

a) Placenta previa

b) Secreción vaginal

c) Amenaza de aborto

d) APP

e) Desprendimiento placentario

f) Ninguno

ANTECEDENTES PERSONALES

6. Cuantos embarazos ha tenido usted

- a) 1 – 2
- b) 3 - 4
- c) 5 – 6
- d) 7 – mas
- e) Ninguno

7. Cuantos abortos ha tenido usted

- a) 1 – 2
- b) 3 – 4
- c) 5 – 6
- d) 7 – más
- e) Ninguno

8. Cuál es el periodo intergenésico

- a) 1 – 2 años
- b) 3 – 4 años
- c) 5 – 6 años
- d) 7 – más años

9. Ha tenido embarazos gemelares

- a) SI
- b) NO

10. Qué tipo de parto es usted.

- a) Normal
- b) Cesárea

11. Condición de RN

- a) Vivo
- b) Fallecido

12. Cuantos controles prenatales realiza usted durante su embarazo.

- a) 1 - 5
- b) 1 – 13
- c) Ninguno

13. Usted consume:

- a) Alcohol
- b) Drogas
- c) Otros
- d) Ninguno

ANEXO N°2

PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	Libros	4,00	18,00
	Internet	6,00	
	Folletos	3,00	
	Movilizaciones	5,00	
Elaboración del anteproyecto	Impresiones	10,00	20,00
	Internet	5,00	
	movilizaciones	5,00	
Aplicación de encuestas	Materiales:		60,00
	Copias	10,00	
	Internet	5,00	
	Bolígrafos	5,00	
	Humanos:		
	Ayudante	20,00	
Movilizaciones	20,00		
Tabulación de datos	Internet	10,00	10,00
Elaboración de programa educativo	Impresiones	10,00	20,00
	Internet	4,00	
	Movilización	6,00	
Intervención del programa educativo	Materiales:		125,00
	Trípticos	10,00	
	Encuestas	10,00	
	Bolígrafos	5,00	
	Refrigerio	30,00	
	Invitaciones	20,00	
	Marcadores	5,00	

	Papelografos	5,00	
	Humanos:		
	Investigador		
	Asesora de tesis	20,00	
	Colaborador		
	Usuarías	20,00	
	Movilización		
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	10,00	10,00
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	40,00	40,00
Sustentación de tesis	Diapositivas	10,00	60,00
	Infocus	20,00	
	Refrigerio	30,00	
Imprevistos		50,00	50,00
		TOTAL	413,00

ANEXO N°3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

PRE-TEST

TEMA: FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. PASAJE. AÑO 2012

INSTRUCTIVO: Dígnese a contestar las siguientes preguntas de forma anónima, marcando con una x la respuesta que sea conveniente.

PREGUNTAS

- 1. Cree usted que los controles prenatales son importantes en el periodo del embarazo.**

SI

NO

- 2. Según su criterio un factor de riesgo ante una muerte fetal es el número de embarazos.**

SI

NO

- 3. Las infecciones de vías urinarias son un factor de riesgo que puede ocasionar una muerte fetal.**

SI

NO

4. Las enfermedades cardiovasculares son un factor de riesgo que puede ocasionar una muerte fetal.

SI

NO

5. Cree usted que la diabetes puede ocasionar una muerte fetal.

SI

NO

6. El consumo de alcohol, drogas y otros pueden ocasionar una muerte fetal.

SI

NO

ANEXO N°4



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

POST-TEST

TEMA: FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. PASAJE. AÑO 2012

INSTRUCTIVO: Dígnese a contestar las siguientes preguntas de forma anónima, marcando con una x la respuesta que sea conveniente.

PREGUNTAS

7. Cree usted que los controles prenatales son importantes en el periodo del embarazo.

SI

NO

8. Según su criterio un factor de riesgo ante una muerte fetal es el número de embarazos

SI

NO

9. Las infecciones de vías urinarias son un factor de riesgo que puede ocasionar una muerte fetal

SI

NO

10. Las enfermedades cardiovasculares son un factor de riesgo que puede ocasionar una muerte fetal.

SI

NO

11. Cree usted que la diabetes puede ocasionar una muerte fetal

SI

NO

12. El consumo de alcohol, drogas y otros pueden ocasionar una muerte fetal.

SI

NO

ANEXONº5



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
EVALUACIÓN DE 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 de material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la exposición oral?**
Bueno
Regular
Malo
4. **¿La calidad de ambiente físico donde 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.- 6

PROGRAMA EDUCATIVO DE INTERVENCIÓN



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

PLAN DE INTERVENCIÓN

GRUPO BENEFICIARIO: Las pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes para la prevención de muerte fetal.

ANTECEDENTES

Cuando la muerte del feto se produce después de 20 semanas de embarazo, se dice que el feto nace sin vida. Estas trágicas muertes ocurren en aproximadamente 1 de cada 160 embarazos, en la mayoría de los casos antes de que comience el parto. La mujer embarazada puede sospechar que algo no está bien si repentinamente el bebé deja de moverse y dar pataditas. Un número reducido de nacimientos sin vida ocurre durante el trabajo de parto y el parto propiamente dicho.

Entre las consecuencias para que se presente una muerte fetal están; antecedentes maternos, tales como: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal, SIDA, anemia, entre otras; y antecedentes gineco-obstétricos, tales como: Preclampsia, eclampsia, placenta previa, desprendimiento placentario, amenaza de parto pretérmino, infecciones de vías urinarias, toxoplasmosis, entre otras.

En nuestro país, los estudios reportan tasas de muerte fetal que van entre 9 y 30 muertes por mil nacidos vivos, describiendo la mayoría sólo incidencia, frecuencia de

las causas y de los factores; pocos determinan la asociación de los factores maternos y fetales con respecto a la muerte fetal. Aproximadamente 1 de cada 160 embarazos terminan en un mortinato o muerte fetal.

OBJETIVOS

GENERAL

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgos de muerte fetal en el Hospital Civil San Vicente de Paul durante el primer semestre del año 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Demostrar datos estadísticos de las encuestas realizadas para la realización de este trabajo.
- Ejecutar un programa educativo a las pacientes madres que cursan el segundo trimestre de embarazo que acuden a consulta externa del Hospital Civil San Vicente de Paul sobre las medidas preventivas ante una muerte fetal, disminuyendo así las tasas de mortalidad.

LÍMITES

Las actividades se van a realizarse a las pacientes gestantes que acuden a consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

DELIMITACIÓN

La intervención se realizara en la sala de espera de consulta externa de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

BENEFICIARIOS

Todas las pacientes gestantes que acuden a la Unidad de Salud Nuevos Horizontes

PARTICIPANTES

AUTORA LA TESIS (Denisse Estefanía González Noblecilla)

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE SALUD NUEVOS HORIZONTES (Dr. Jorge Ayala Guzmán)

ACTIVIDADES

- Coordinar la intervención con el personal de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.
- Invitar al a todas las pacientes para la reunión en la sala de espera de consulta externa de la unidad de salud antes mencionada.

TÉCNICA

- ✓ Exposición oral
- ✓ Trípticos

SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

Identificar Factores de Riesgo que pueden ocasionar una muerte fetal.

Ampliar conocimientos sobre las complicaciones que puede tener un embarazo y poder prevenir una muerte fetal.

RECURSOS HUMANOS

AUTOR DE TESIS (Denisse González Noblecilla)

COLABORADORA (Gladys Noblecilla Orellana)

RECURSOS MATERIALES

- Papelotes
- Imágenes
- Hojas
- Esferos
- Marcadores
- Cámara
- Transporte
- Refrigerio
- Copias
- Infocus
- Trípticos

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO	UNIDAD	TOTAL
Papelotes	3	3.00
Imágenes	5	5.00
Copias	40	4.00
Esferos	40	12.00
Marcadores	3	2.00
Cámara	0	0
Transporte	5	20.00
Refrigerio	1	10.00

Trípticos	40	4.00
Infocus	1	20.00
Total	138	80.00

INDICADORES DE EVALUACIÓN

PROCESO: Las pacientes gestantes concientizan sobre los factores de riesgos que puede ocasionar una muerte fetal, asimilan el mensaje y el objetivo de la charla con el fin de disminuir los casos de muerte fetal en nuestra provincia, determinando así los principales factores de riesgo de los embarazos.

PRODUCTO: Se cumple en su totalidad las actividades programadas con el 100% de asistencia de las pacientes gestantes y la captación en su totalidad de lo textual planteado.

IMPACTO: La totalidad de las pacientes gestantes asistieron a la Charla, quedaron claras todas las inquietudes acerca de los factores de riesgo que puede ocasionar una muerte fetal, manifestando su agradecimiento por la atención brindada.

ANEXO 7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. PASAJE. PRIMER SEMESTRE. AÑO 2012

Lugar: Sala de espera de la Unidad de Salud Nuevos Horizontes

Fecha: 30 de Octubre del 2013.

- Saludo y Bienvenida por parte del expositor a cargo del programa de intervención.
- Presentación del tema a tratar.
- Aplicación del Test a las pacientes gestantes que acudieron a la charla.
- Exposición del tema a tratar en la intervención.
- Aplicación del test de Evaluación de la charla expuesta.
- Firmas de las pacientes gestantes que asistieron a la charla educativa.
- Refrigerio
- Sesión Fotográfica.
- Despedida y Agradecimiento por la atención brindada y la colaboración con las encuestas.

ANEXO N° 8

CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANO	MATERIAL			
FACTORES DE RIESGO MUERTE FETAL. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL. PASAJE. PRIMER SEMESTRE. AÑO 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Escrita 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud. • Obstetriz • Autora 	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Papelote • Cinta adhesiva • Infocus • Diapositivas • Encuestas • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Copias 	45 minutos	Egda. Enfermería Denisse Estefanía González Noblecilla	Miércoles 30 de Octubre del 2013 a las 14h00

Complicaciones de la muerte fetal

- Alteraciones psicológicas.
- Hemorragias
- Infecciones
- Insuficiencias renal aguda
- Traumatismos.}

Medidas preventivas

- Historia clínica completa, con énfasis en la historia obstétrica.
- Evaluación en los controles prenatales.
- Valoraciones ecográficas.
- Buena nutrición
- Evitar el sobrepeso.
- Evitar el consumo de alcohol, drogas, medicamentos antidepresivos, etc



UNIVERSIDAD TECNICA
DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS
QUIMICAS Y DE LA
SALUD

FACTORES DE RIESGO DE MUERTE FETAL



Muerte Fetal

Es la muerte de un producto de la concepción antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo.

La defunción indica la circunstancia de que después de la separación, el feto no respira ni da otra señal de vida como palpitations del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos.

Manifestaciones y signos clínicos de la muerte fetal

- La embarazada deja de percibir movimientos fetales.
- El peso materno se mantiene o disminuye.
- La altura uterina detiene su crecimiento
- La auscultación de los latidos cardíofetales es negativa.
- El feto se hace menos perceptible.
- Aparición de secreción de calostro en las glándulas mamarias.
- Presencia de líquido o sangrado transvaginal.

Factores de riesgo de la muerte fetal

Estilos de vida:

- Condición socioeconómica
- Mal control prenatal
- Mala educación
- Analfabetismo
- Trabajo pesado
- Mala alimentación

Factores maternos:

- Edad materna
- Obesidad, anemia
- Preeclampsia, eclampsia
- Diabetes gestacional
- HTA, lupus, trombofilia
- Sífilis, SIDA, toxoplasmosis.
- Enfermedades renales
- Placenta previa.

ANEXO N° 10

SUBCENTRO DE SALUD NUEVOS HORIZONTES

AREA 4

CERTIFICO

Que la egresada de enfermería DENISSE ESTEFANIA GONZALEZ NOBLECILLA con cedula de identidad 070583307-7, realizo la intervención de su tesis titulada **FACTORES DE RIESGOS DE MUERTE FETAL. HOSPITAL CIVIL SAN VICENTE DE PAUL. PRIMER SEMESTRE. AÑO 2012** el día miércoles 30 de Octubre del presente año en la Unidad de Salud Nuevos Horizontes.

Es todo en cuanto puedo informar en honor a la verdad, y la parte interesada puede hacer uso del presente documento que ha bien tuviere, excepto trámites legales

Atentamente


Dr. Jorge Ayala Guzmán
DIRECTOR

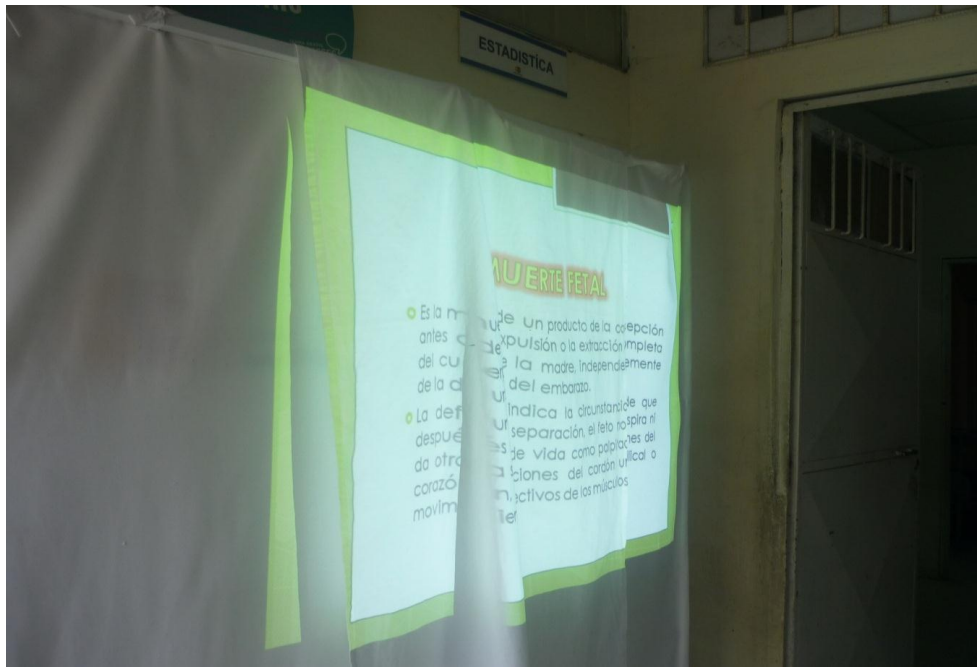


ANEXO 11

FOTOGRAFÍAS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA











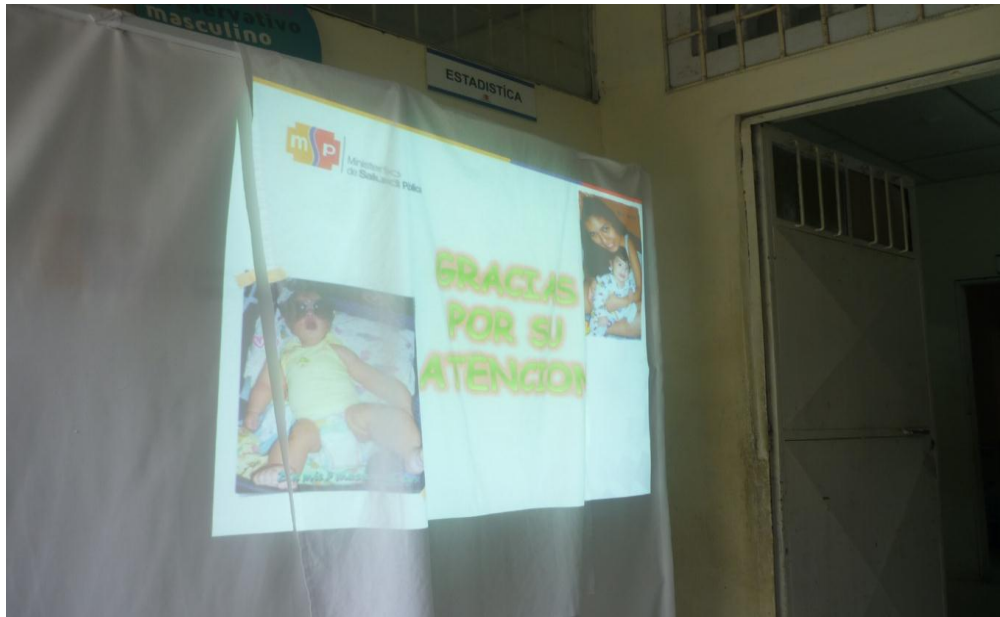









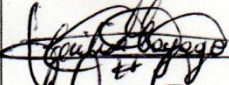
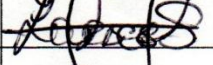
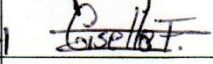


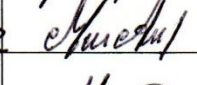

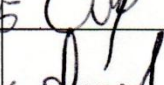







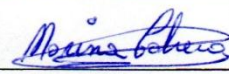
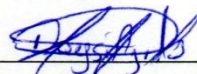
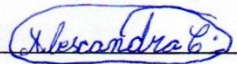
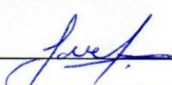
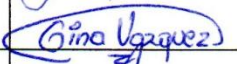


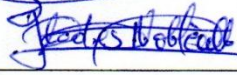







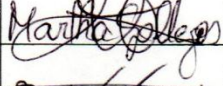
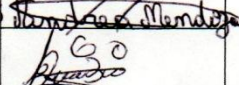


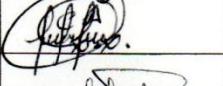

ANEXO N°12
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
NOMINA DE ASISTENTES QUE RECIBIERON LA CHARLA

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
	Maria Elena Uchupin	0705063675	
	Carina UCHUPILLA	0706644770	
	Andrea Quezada	070572935-8	
	Mercy Morales	0703886895	
	Mariacruz Montano	07036893-3	
	Genia Loyago	070405012-9	
	Lorena Susines	070153326-4	
	Giella Farias	0800650974	
	Lizis Zambano	090287286-1	
	Rocio Calle	07044321-1	
	Abigail Amijos	070553236-2	
	Maria Becerra	0703868985	
	Jessica Callejos	0705073735	
	Diana Romero	07066457806	

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
NOMINA DE ASISTENTES QUE RECIBIERON LA CHARLA

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
1	Susana Solano	070704701	
2	Natalia Solano		
3	Morina Bahera	0702908906	
4	Daysi Ajila	0705158134	
5	Alexandra Criollo	177704400-0	
6	Jenny Moracho	0705433673	
7	Gina Vázquez	070585321-6	
8	Gabriela Sobano	0750300923	
9	Luz Chinchilima	070307428-6	
10	glady's Noblecille	070247682-1	
11	Jacqueline Vazquez	0704452390	
12			
13			
14			

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
NOMINA DE ASISTENTES QUE RECIBIERON LA CHARLA

N°	NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	FIRMA
	Hómica Nieves	070579350-6	
	Carolina Solano	070626958-6	
	Martha Gallegos	0704338599	
	Andrea Mendoza	0706294295	
	Rosa Belduma	0705714142	
	Martha Alicia	070629244-5	
	Maritza Eras	070428256-5	
	Cynthia Arias	070532248-5	
	Casselyn Arias	070611626-6	