



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**TEMA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÓBITO
FETAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

AUTORES: MORELIA ELIZABETH SIBRI ALTAMIRANO

RICARDO BENITO LÓPEZ JUCA

DIRECTOR: LCDA. PATRICIA ALEXANDRA ESPINOZA LOJA MGS.

CUENCA - ECUADOR

2021

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ÓBITO FETAL

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A
LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

AUTORES: MORELIA ELIZABETH SIBRI ALTAMIRANO

RICARDO BENITO LÓPEZ JUCA

DIRECTOR: LCDA. PATRICIA ALEXANDRA ESPINOZA LOJA MGS.

CUENCA - ECUADOR

AÑO 2021

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Morelia Elizabeth Sibri Altamirano portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106121080** y **Ricardo Benito López Juca** portador de la cédula de ciudadanía N° **1400862320**. Declaramos ser autores de la obra: "**Intervención de enfermería en pacientes con óbito fetal**", sobre la cual nos hacemos responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 7 de diciembre de 2021

F:.....

Morelia Elizabeth Sibri Altamirano
C.I. 0106121080

F:.....

Ricardo Benito López Juca
C.I. 1400862320

II CERTIFICACIÓN

Yo **Patricia Alexandra Espinoza Loja** con cédula de identidad No **0923583975** en calidad de Directora del Trabajo de Titulación, con el tema: “**Intervención de enfermería en pacientes con óbito fetal**” certifico que el presente trabajo fue desarrollado por los estudiantes **Morelia Elizabeth Sibri Altamirano** y **Ricardo Benito López Juca**, bajo mi supervisión.



Universidad
Católica
de Cuenca
Unidad Académica de Salud y Bienestar
Lcda. Patricia Espinoza L. Mag.
DOCENTE CARRERA ENFERMERÍA

.....
LCDA. PATRICIA ALEXANDRA ESPINOZA LOJA
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

RESUMEN:	6
ABSTRACT:	7
INTRODUCCIÓN:	8
METODOLOGÍA:	10
Resultados y discusión	11
Prevalencia del óbito fetal	12
Factores asociados al óbito fetal.....	13
Abordaje terapéutico para el óbito fetal	14
Complicaciones del óbito fetal.....	16
Intervenciones de enfermería en pacientes con óbito fetal	17
CONCLUSIONES:	19
BIBLIOGRAFIA:	20

Intervención de enfermería en pacientes con óbito fetal

Autores: Ricardo Benito López Juca, Morelia Elizabeth Sibri Altamirano

Directora: Lcda. Patricia Alexandra Espinoza Loja Mgs

RESUMEN

Introducción: Óbito Fetal se define como el deceso previo a la expulsión o extracción completa del feto dado por la concepción independientemente del tiempo de gestación, las causas que llevan a un óbito fetal son infecciones ascendentes que afecta al cordón umbilical del feto generando una estenosis y el desprendimiento prematuro de la placenta. **Metodología:** Revisión bibliográfica de tipo narrativa con la búsqueda en bases de datos científicas como: PubMed, Taylor and Francis, Sciencedirect, ProQuest y Medigraphic; siendo seleccionados 54 artículos, en idiomas como; español, inglés y portugués. **Resultados y Discusión:** Con respecto a la prevalencia de óbito fetal en África existe una variación de 34.5% a 39.6% y América Latina con un 47% a 80%. Dentro de factores asociados se destaca la asfixia al momento del parto con un 18.6%, seguido de las alteraciones del cordón umbilical con un 19% a 47%. En las complicaciones se presenta, el desprendimiento de la placenta y la hemorragia en alto flujo con 6.7% a 57.8%. En las intervenciones de enfermería en pacientes con óbito fetal se relaciona a la atención del duelo brindando una atención adecuada para obtener una recuperación física favorable con un 43.8%. **Conclusiones:** La interacción grupal y reflexiva de las enfermeras(os) relacionadas a los cuidados en casos de óbito fetal promueve el autocuidado, por medio del desarrollo de conocimientos, prácticas sobre intervenciones de la enfermera hacia pacientes, concientizando los sufrimientos ajenos brindando la información adecuada evitando negativas en la recuperación emocional tanto de los familiares y del mismo profesional

Palabras claves: óbito fetal, prevalencia, factores asociados, complicaciones, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Stillbirth is defined as the death before the expulsion or complete extraction of the fetus given by conception regardless of gestation time, the causes that lead to stillbirth are ascending infections that affect the umbilical cord of the fetus generating stenosis and premature detachment of the placenta. **Methodology:** Narrative bibliographic review with a search in scientific databases such as PubMed, Taylor and Francis, Sciencedirect, ProQuest, and Medigraphic; 54 articles were selected in Spanish, English, and Portuguese. **Results and Discussion:** Concerning the prevalence of fetal abortion in Africa there is a variation from 34.5% to 39.6% and Latin America with 47% to 80%. Among the associated factors, asphyxia at delivery stands out with 18.6%, followed by umbilical cord alterations with 19% to 47%. Complications included placental abruption and high-flow hemorrhage with 6.7% to 57.8%. In nursing interventions in patients with fetal demise is related to bereavement care providing adequate care to obtain a favorable physical recovery with 43.8%. **Conclusions:** The group and reflective interaction of nurses related to care in cases of stillbirth promote self-care, through the development of knowledge, practices on nursing interventions towards patients, raising awareness of the suffering of others by providing adequate information avoiding negative emotional recovery of both the family and the same professional.

Keywords: fetal arrest, prevalence, associated factors, complications, nursing

INTRODUCCIÓN

Jiménez (1), en el 2017 define al Óbito Fetal (OF) como el deceso previo a la expulsión o extracción completa del feto dado por la concepción independientemente del tiempo de gestación, generando dificultad para la madre, familia y los mismos profesionales ginecológicos; se clasifica en tres categorías, muerte fetal temprana a las 20 semanas de gestación, intermedia entre la semana 21 o 27 y tardía después de las 28 semanas. Es importante ayudar a desarrollar las capacidades de los profesionales obstétricos, mediante un proceso de mecanismos y habilidades donde existan críticas prospectivas que actúen en la defensa del manejo de complicaciones obstétricas cumpliendo con los protocolos, normativas y las guías de práctica clínica, documentos establecidos en cada país; garantizando mayor disponibilidad y preparación para situaciones de riesgo mediante acciones correctas previniendo posibles casos de óbito fetal (2).

En el año 2015 ocurrieron 2.6 millones de óbitos fetales a nivel mundial con más de 7178 muertes al día siendo la mayoría de estos en países de tercer mundo o en vías de desarrollo, registrando así el 98% en países de ingresos económicos bajos y medios; donde el 59% de la problemática fue en el sur de Asia (3). En el año 2020 según Obinchemti et al (4) la tasa mundial de mortinatos fue de 35,03 por cada 1000 nacimientos originado por la falta de equipamiento, monitoreo intraparto y derivación o referencias tardías en el sistema de salud

Según Woods et al (5) en el 2018 en Reino Unido, expresaron que el 42% de los casos en óbito fetal fueron diagnósticos no específicos, debido a que utilizaron técnicas no adecuadas para identificar el problema; entre los años 2014 y 2015 la tasa de mortinatos disminuyó del 4,20 al 3,87 de 1000 nacimientos totales, dándose la mayoría en el periodo prenatal, sin embargo el 10% se presentó en el proceso o labor de parto. En Estados Unidos se evidencia una tasa de óbito fetal o muerte fetal de 5,96 de cada 1.000 nacimientos, superando a países de primer mundo con buenos ingresos económicos, aun así, existen casos de mortinatos en los cuales del 24% no se evidenció la razón o la causa de su deceso (6).

En Brasil existe 10,8 de muertes por cada 1000 nacimientos, en el norte del país se da una tasa de mortalidad fetal del 13,2 por cada 1000 nacimientos, aunque los óbitos durante el parto, pueden evitarse mediante el ingreso oportuno al servicio de atención ginecológico obstétrico, utilizando prácticas correctas disminuyendo así la tasa de mortinatos(7). Se evidenció que el 66,9% de las muertes ocurre en el periodo neonatal, dándose el 53,1% en los primeros 6 días de vida, el

13,8% en los 27 días de vida; demostrando así que el 49,3% fueron prematuros, y que el 46,8% presentaban bajo peso al nacer (8).

Ahora bien, las causas que llevan a un óbito fetal puede ser una infección ascendente, la misma que puede afectar al cordón umbilical generando una estenosis y el desprendimiento prematuro de la placenta; por aspiraciones del meconio presentaron patologías de importancia como la trisomía 21 y cardiopatía congénita (9).

Existen factores asociados a un óbito fetal como anomalías en el cordón umbilical, anomalías cromosómicas con alteraciones morfológicas, anomalías cardíacas, esplenomegalia y ventriculomegalia (10). Los embarazos con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) generan un amplio riesgo para la gestante y el feto siendo otro problema para que exista una interrupción del embarazo, cabe recalcar que la tasa de mortalidad por LES es alta en relación a las gestantes que no presentan (11).

Por otra parte, la hipoxia intrauterina, asfixia al nacer, enfermedades hipertensivas, alteraciones placentarias y parto prematuro pueden conllevar a un óbito fetal; la acción de la enfermera en estos casos según los modelos de atención es valorar y monitorizar a la gestante cumpliendo con el control prenatal que tiene como finalidad diagnosticar anomalías y complicaciones gestacionales (12,13).

La labor del personal de enfermería es muy compleja al momento de cuidar a una madre que perdió a su hijo, porque debe reconocer cuales son las intervenciones adecuadas para ayudar de manera física, psicológica y emocional tanto a la madre como a su familia, la inseguridad y el sentimiento de no poder hacer algo para ayudar a sobreponerse ante una pérdida que afecta las habilidades y los recursos del profesional(14,15).

El artículo tiene como finalidad analizar sobre la intervención de enfermería en pacientes con óbito fetal, pero para ello es primordial conocer la prevalencia, siendo importante también identificar los factores asociados, el abordaje terapéutico, las complicaciones y las intervenciones de enfermería en pacientes con óbito fetal; beneficiando este estudio al equipo sanitario generando nuevos conocimientos para la educación continua en el campo de la medicina y la enfermería; favoreciendo también a las maternas porque de esta manera mejoramos la atención creando estrategias, habilidades y recursos para brindar el cuidado integral.

METODOLOGÍA

El presente artículo de investigación es una revisión bibliográfica de tipo narrativa, donde se estudia las intervenciones de enfermería en pacientes con óbito fetal, por tanto, se realizó una búsqueda en algunas bases de datos científicas como: PubMed, Taylor and Francis, Scimedirect, ProQuest y Medigraphic; asimismo se consideraron criterios de inclusión: artículos originales, en idiomas como; español, inglés y portugués, no mayor a 5 años de publicación entre el 2017-2021 y que concuerde con el tema de estudio; sin embargo se excluyeron: tesis, monografías, guías, disertaciones, artículos publicados fuera del tiempo determinado y que no responden las preguntas planteadas.

Se utiliza palabras claves según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “Óbito fetal”, “Muerte fetal”, “Fetal death”, “approach”, “complications”, “care”, “Mother” y descriptores MeSH (Medical Subject Headings) “Stillbirth”, “prevalence”, “therapeutic”, “Nursing”; también se realizaron los siguientes truncamientos de búsqueda utilizando los operadores booleanos AND y OR: “Óbito fetal OR muerte fetal”, “Prevalence AND stillbirth OR factors associated AND fetal death”, “stillbirth OR death fetal”, “Therapeutic AND approach AND Fetal death”, “Prevalence AND Stillbirth”, “Factors associated AND Fetal death”, “complications AND stillbirth”, “nursing care AND Fetal death”, “Stillbirth AND nursing care AND mother”.

Por tal motivo, la revisión bibliográfica inicio con el análisis de 724 artículos originales potencialmente viables para la investigación, pasando por un filtro de tres etapas:

En la primera etapa se examinó los títulos, los mismos que fueron analizados según los criterios de inclusión siendo descartados 439 artículos, en la segunda etapa se excluyeron 224 artículos por la lectura de resumen y en la tercera etapa se seleccionaron 61 artículos por lectura completa, donde se excluyeron 5 documentos por no cumplir con las especificaciones de las preguntas y 2 por no responder las preguntas expuestas, finalmente son 54 artículos incluidos para el estudio final.

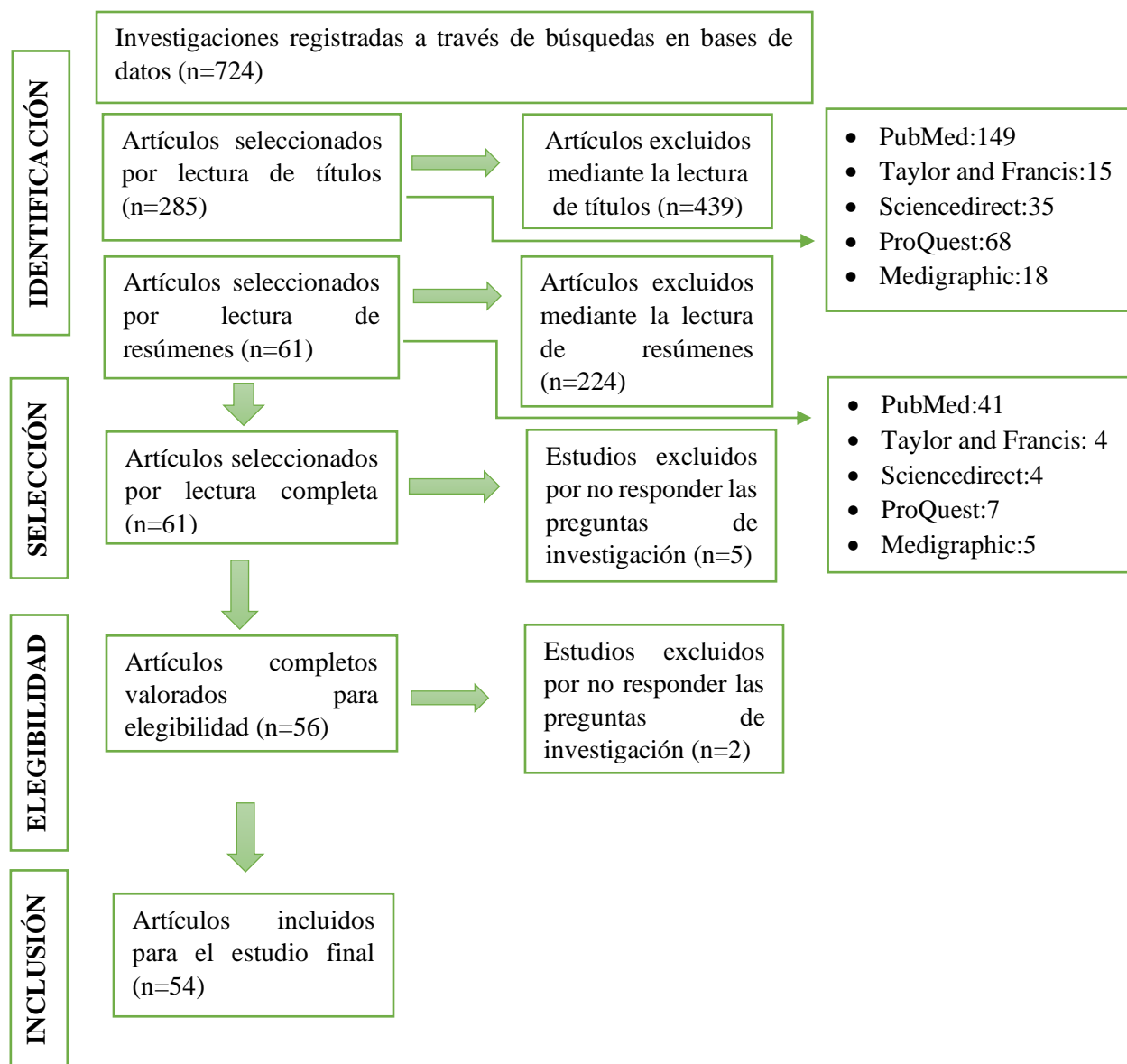


Figura 1: Diagrama de flujo para selección de artículos y meta análisis (PRISMA)

Resultados y Discusión

Los resultados encontrados en esta revisión bibliográfica, se basa en 54 artículos seleccionados los cuales responden las siguientes preguntas planteadas para la investigación como: prevalencia del óbito fetal con 9 artículos, factores asociados del óbito fetal con 8 artículos, abordaje terapéutico en el óbito fetal con 7 artículos, complicaciones en un óbito o muerte fetal con 7 artículos, intervenciones de enfermería con 8 artículos, y por último 15 artículos utilizados para el desarrollo de la introducción.

Prevalencia del óbito fetal

Regan et al (16) mediante un estudio de cohorte internacional donde estuvieron vinculados países como: Finlandia, Noruega y Australia Occidental, evidenciaron que de 14452 nacimientos 228 fueron óbito fetal siendo el 2% del total de la muestra. Deng et al (17) en un estudio en China Hubei existió un total de 173 mortinatos de 1654 embarazos a término, siendo un 10.4% la población afectada. Mientras que en el continente africano Debelew, Mengesha, Lema, Miyoshi y Okonofua (18–22) concuerdan que existe una mayor incidencia de muertes fetales en donde se relaciona países como Etiopia, Tanzania, Zambia y Nigeria con contraste desde el 50% al 34.5% de óbitos fetales.

No obstante, Prazeres et al (23) mediante un estudio retrospectivo del 2007 al 2017 en San Paulo-Brasil, evidenciaron que de 16230 óbitos fetales el 80% de los casos se relacionan con bajo peso al nacer <2500 g. A diferencia de Chile donde San et al (24) expusieron que existe un alto índice de casos de óbito fetal que de 17952 registros de nacimientos, 8437 fueron óbitos fetales por diferentes complicaciones, siendo esto el 47% del total de la población expuesta.

Tabla 1

Continente	Autor-Año	Lugar-número de casos	Porcentaje
Europa y Oceanía	Regan et al (16), 2019	Finlandia, Noruega y Australia Occidental: 228/14452	2%
Asia	Deng et al (17), 2019	China Hubei: 173/1654	10.4%
África	Debelew et al (18), 2020	Suroeste de Etiopia: 1198/3474	34.5%
	Mengesha et al (19), 2017	Etiopia: 144/338	42.6%
	Lema et al (20), 2020	Tanzania: 98/230	42.6%
	Miyoshi et al (21), 2019	Zambia: 75/175	50%
	Okonofua et al (22), 2019	Nigeria 175/4416	39.6%
América Latina	Prazeres et al (23), 2021	Brasil: 12984/16230	80%
	San et al (24), 2019	Chile: 8437/17952	47%

Prevalencia del óbito fetal

Mediante la lectura de 9 artículos se demostró que la prevalencia del óbito fetal, varía según el continente, ya sea por múltiples factores tales como: el tamaño de la muestra, sus áreas

geográficas; sin embargo, hay autores que coinciden en relación a la prevalencia en Europa y Asia con cierta similitud en el número de casos de óbito fetal donde se observa disminución entre un 2% para Europa y 10% para el país asiático por un adecuado manejo del sistema de salud; cabe recalcar que los continentes con mayores casos de óbito fetal están en África con porcentajes que varían entre 34.5% a un 50% y América Latina con un 47% a un 80% de OF los cuales se ven afectados por la limitación al acceso de salud pública o privada existiendo una gran diferencia con el sector Europeo.

Factores asociados al óbito fetal

Deng et al (17) en China-Hubei expresaron que las causas más comunes en relación a un óbito o muerte fetal, son las patologías placentarias y de cordón umbilical (27.9%, 12/43), pero existen otras razones como: asfixia o síndrome de aspiración de meconio (18.6%, 8/43), malformaciones congénitas (14%, 6/43) e infección intraparto (4.3%, 4/43) siendo estos factores aquellos que comprometen la vida del feto y el recién nacido.

Egbe et al (25) en Camerún realizaron un estudio donde manifestaron que existen factores médicos como la hipertensión crónica [OR 4.99, IC95%: 2.34-10.62; p=0.000] y anemia materna [OR1.36, IC95%: 0.11-3.10; p=0.018] que aumenta las probabilidades de presentar un óbito fetal. Mezmur et al (26) en Etiopia mediante un estudio transversal asociaron como causas para una muerte fetal la violencia de la pareja íntima [APR=2.22, IC95%:1.23-3.90], preeclampsia [APR=3.05 IC95%:1.61-5.69], hemorragia antes del parto [APR=2.77, IC95%:1.75-4.46] y la hiperémesis gravidarum [APR=1.75, IC95%:1.09-2.73]. De igual manera Shattnawi et al (27) en Jordania demostraron que la hipoxia en un 33.7%, anomalías cromosómicas o malformaciones con 13.3%, trastornos relacionados al crecimiento un 10.8%, complicaciones del cordón umbilical más ruptura temprana de membranas placentarias en un 48.7%, hipertensión o diabetes 23.1% y el 23.1% por afecciones congénitas y quirúrgicas de la madre, ocasionaron un óbito fetal.

Bukowski et al (28) mediante un estudio de casos y controles en Estados Unidos pudieron demostrar que el mayor problema en óbito fetal es la hipertensión previa al embarazo (11%, p=<0.001), hipertensión gestacional/ preeclampsia (20% p=<0.001) y diabetes gestacional (7%, p=<0.001). Por lo contrario Hammad et al (29) en New York de Estados Unidos mediante un estudio donde de 4016 casos de óbito fetal el 19% se relaciona directamente a las anomalías del cordón umbilical, el 48% presentó microcirculación fetal comprometida, 29% se proporcionó

atrapamiento del cordón, así mismo el 27% con nudos o estenosis del cordón umbilical y en el 5% se generó prolapso del cordón.

Mendoza et al (30) identificaron mediante un estudio retrospectivo en México, que los factores asociados al óbito fetal pueden darse por diferentes complicaciones como: diabetes gestacional 12%, encefalopatía hepática 4.3%, falla cardíaca 17%, hipertensión arterial 5.7%, anemia severa 1.4%, hemorragia obstétrica 8.6%, desprendimiento de la placenta 5.7% e infecciones de las vías urinarias con un 2.9%. Por lo contrario Prust et al (31) en Surinam-América Latina pudo evidenciar que los factores asociados a una muerte fetal son hipoxia con un 46% (n=44/96), el 41% (n=39/96) no se especificó la causa, mientras que por afecciones médicas y quirúrgicas afecta a un 50% (n=57/113). Sin embargo, Kiserud et al (32) en un estudio internacional justificaron que, en Argentina y Brasil los factores asociados para una muerte fetal son las malformaciones fetales en Argentina 4[2.8%] y Brasil 0(0.0%), complicaciones maternas en Argentina 24[16.8%] y Brasil 10[6.5%] y afecciones neurológicas fetales en Argentina 19[13.3%] y Brasil 12[7.2%].

Luego del análisis de 9 artículos 5 de ellos coinciden que las patologías placentarias, afecciones del cordón umbilical con resultados similares entre 19% a 48.7%, asfixia por aspiración de meconio variando entre 18.6% a 46%, malformaciones congénitas e infecciones intraparto son causas asociadas al óbito fetal (17,27,29,31,32). Mientras que 3 concuerdan que la hipertensión arterial genera problemas como la preeclampsia y eclampsia afectando la salud y la estabilidad materno-fetal; la anemia y las hemorragias antes del parto son factores que se asocian directamente a la temática (25,28,30). Y Mezmur et al (26) identifican que la violencia de pareja íntima es la principal causa de óbito fetal, siendo similar solo en las alteraciones hipertensivas y las hemorragias preparto.

Abordaje terapéutico para el óbito fetal

Greene et al (33) en Irlanda estudiaron a 448 mujeres gestantes en labor de parto con hemorragias obstétricas donde administraron un agente uterotónico de tercera etapa (oxitocina), dando como resultado que el 91% de las pacientes tuvieron un resultado positivo, disminuyendo los casos de óbito fetal en casos de emergencia, sin embargo el 9% comprometió la vida ya sea de la madre o el feto. Por otra parte Vianello et al (34) en Italia abordaron a mujeres gestantes con anemia de células falciformes (ECF) con tratamiento de eritrocitoferesis que es una terapia para

evitar el óbito fetal, el 4.4% de las mujeres que recibió esta intervención experimentó dolor intermitente hasta las 35 y 38 semanas de gestación este tratamiento ayudó a las mujeres a llegar a término su embarazo y tener un parto por cesárea asegurando así la vida de la madre y la del niño.

Ali et al (35) mediante un artículo en Asia-Khyber Pakhtunkhwa analizaron 167 casos de mujeres embarazadas eclámpticas donde 88(53%) fallecieron en el proceso de parto 48(29%) tuvo un nacimiento sano y 31(18%) obtuvo un mortinato o un aborto; todo esto según la literatura corresponde a una atención inadecuada en el manejo de mujeres con eclampsia, donde el mejor abordaje terapéutico para estos casos es inducir la labor de parto más la profilaxis correcta.

Ayebare et al (36) con un estudio secuencial explicativo en África-Uganda expresan que el monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal ayudó a identificar posibles complicaciones fetales, siendo 42 mujeres monitorizadas en donde el 69.1% fue por cesárea emergente obteniendo neonatos en buenas condiciones, sin embargo, el 26.2% de estos partos necesitó aspiración y ventilación para impedir posibles mortinatos. En el mismo continente Umunyana et al (37) analizaron a los neonatos que presentaron sufrimiento fetal donde abordaron esta complicación con equipos y prácticas de reanimación fetal reduciendo a un 37% los ingresos por asfixia al nacer y evitando un 27% de muertes neonatales por asfixia posterior a 30 min

Prasannan et al (38) en Estados Unidos estudiaron alteraciones fetales del cordón umbilical mediante dopplers, ayudando a identificar problemas relacionadas al crecimiento fetal, donde 17 pacientes (32.1%) presento problemas relacionados al cordón umbilical comprometiendo el crecimiento fetal pudiendo darse partos prematuros, pero administraron betametasona o dexametasona para la maduración pulmonar del feto ayudando a terminar de manera favorable la etapa de gestación; sin embargo, 36 gestantes (67.9%) presentaban alteraciones persistentes anormales complicando el embarazo y causando casos de óbito fetal. Winn et al (39) mencionan que es importante realizar un manejo expectante para estar alerta ante posibles complicaciones gestacionales donde resultaron beneficiados un 87% de los posibles casos negativos por una oportuna intervención por cesárea de emergencia y solo un 33 % generó complicaciones que llevaron a un deceso fetal.

Con relación a la lectura de 7 artículos se pudo evidenciar que en Irlanda a las gestantes con antecedentes hipertensivos o ruptura prematura de membranas se les administra agentes

uterotónicos como la oxitocina con la finalidad de manejar adecuadamente las hemorragias obstétricas que comprometan la vida de madre y el recién nacido; por otra parte en Italia para tratar a las gestantes con anemia de células falciformes se realiza un procedimiento llamado eritrocitoferesis que se basa en el cambio de componentes sanguíneos por un donador ayudando a tratar la anemia de células falciformes que afecta a las madres garantizando que su embarazo llegue a término evitando posibles casos de óbito fetal; sin embargo en Asia expresan la importancia de la aplicación de las cesáreas de emergencia para mujeres con preeclampsia.

En África opinan que el monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto ayuda a identificar posibles complicaciones como el sufrimiento fetal donde si existe alguna alteración el personal de salud se encontrará preparado para aplicar las cesáreas de emergencia y evitar óbitos fetales; en Estados Unidos estudiaron las alteraciones de la arteria del cordón umbilical buscando posibles complicaciones del crecimiento fetal, para los casos de partos prematuros administraron betametasona o dexametasona para la maduración pulmonar garantizando la vida del feto.

Complicaciones del óbito fetal

Kvalvik et al (40) en Noruega estudiaron 11225 partos donde identificaron complicaciones asociadas al óbito fetal como las alteraciones hipertensivas afectando a 688 (6.1%), hemorragias postparto 463 (4.12%) y placenta adherida 562 (5%). Khanam et al (41) expresan que en Europa de 3590 partos estudiados las complicaciones relacionadas al óbito fetal son las hemorragias antes del parto afectando n=168[4.7%], infección n=904[25.2%], fiebre alta n=68[1.89%], hipertensión n=1281[35.68%], convulsiones n=161[4.48%], edema a nivel de pies y cara asociados a una preeclampsia por una presión arterial elevada n=1169[32.56%].

Kamranpourpor et al (42) en Irán estudiaron las complicaciones psicológicas relacionados por la interrupción del embarazo o pérdida fetal, donde las poblaciones estudiadas expresaron que luego de una muerte fetal generó negación por parte de los padres, sentimientos de tristeza e ira, impotencia, temerosos, ansiosos y deprimidos donde se auto afligían culpándose por lo sucedido, dándose esto en el 95% de todos los casos evaluados.

Mengasha et al (43) en el continente africano pudieron identificar que las complicaciones como la ruptura uterina genera casos adversos como la histerectomía abdominal en 75(55.6%) de las madres y hemorragias excesivas de sangre con 84(57.8%); ahora bien, en relación a las roturas

uterinas el 47(34.8%) anteriores, 53(39.25) posteriores y 35(25.92%), laterales; pero el 47(34.8%) corresponde a una histerectomía total de las mujeres.

Harrison et al (44) en Estados Unidos, evidenciaron que las mujeres con sobrepeso tienen varias probabilidades de que su embarazo termine en óbito fetal (OR, 1.48: IC95%: 1.14-1.94), las mujeres con obesidad (OR, 1.60: IC95%: 1.23-2.08) siendo esto un problema de importancia ya que pueden presentar preeclampsia. Así mismo Farland et al (45) en Tucson-Estados Unidos, estudiaron a la endometriosis como principal factor para infecciones recurrentes las cuales provocan muerte fetal con riesgo de óbito fetal espontaneo registrando un 19.3%, sin embargo, esta complicación afecta a un 1.9% por muerte fetal absoluta.

Rammah et al (46) en Houston-Estados Unidos estudiaron al clima en relación con el desprendimiento de la placenta como una complicación asociada a casos de óbito fetal, donde se pudo demostrar que entre los mortinatos con desprendimiento de la placenta se evidenció un aumento del 16% al 95%, vinculados directamente con el incremento del más de 115° F entre el mes de julio y agosto.

La interpretación de 7 artículos relacionados a las complicaciones que genera un óbito fetal están vinculados con el desprendimiento de la placenta y hemorragias de alto flujo variando entre 6.7% a 57.8%, provocando pérdidas fetales siendo otra complicación el estado psicológico de una persona afectada por una muerte fetal, las infecciones también son otras complicaciones causantes de ellas la endometriosis; la hipertensión y la obesidad van de la mano para que se dé una preeclampsia comprometiendo así la vida de la madre e hijo.

Intervenciones de enfermería en pacientes con óbito fetal

Bond et al (47) en Australia trabajaron en las experiencias vividas por padres después de una muerte fetal, donde ellos expusieron que, en relación a las intervenciones de enfermería, el apoyo emocional por parte del personal ayudó a crear recuerdos tangibles de su óbito fetal aceptando así la realidad (35 de 36 pacientes), solo (30 de 36 pacientes) se mostraron satisfechas por la intervención, sin embargo, (27 de 36 pacientes) estuvieron de acuerdo con la atención post parto en relación física y mental. Igualmente se recalca que en el mismo país el 95.2% tenía conocimiento previo a la una muerte fetal, sin embargo, solo el 54.7% obtuvo información a través de sus obstetras, no obstante, el 64.9% expresaron no haber sido preparados por parte del personal

de enfermería para la labor de parto en riesgo, mientras que, el 43.8% de enfermeros priorizaron la atención física y no emocional (48,49).

Stefano et al (50) en Reino Unido estudiaron la atención de control post natal donde de 1528 mortinatos, 596(84.3%) manifestaron haber tenido un control post parto por parte del personal de enfermería donde ofrecieron apoyo psicológico a la pareja y la familia; y las enfermeras educaron a 111(15.7%) sobre planificación familiar para evitar futuras complicaciones relacionadas al óbito fetal.

Lin y Tektas (51,52) coinciden que en la república de China-Taiwán, se evidencia que un 15% de profesionales de enfermería han desplegado sufrimiento, vergüenza y culpa por percibir la tristeza reprimida de la madre también demostraron acciones compasivas dirigidas hacia los padres, pero involucrarse emocionalmente es una negativa porque debilita el proceso de aceptación y agranda la culpabilidad de lo ocurrido haciendo más lento el duelo familiar.

Mills et al (53) en Kenia-Uganda mediante una investigación de campo identificaron que la información brindada por parte del personal de enfermería no fue la adecuada en un 45% debido a una inadecuada manera de informar a los padres y familiares sobre la muerte de su neonato, pero el 55% estuvo de acuerdo con las actividades de enfermería realizadas siendo estas intervenciones, el manejo del dolor y el apoyo a la familia.

Roberts et al (54) estudiaron una muestra de 260 mujeres donde solo 105 manifestaron haber tenido casos de óbito fetal, 69 con antecedentes de muerte infantil y 25 habían experimentado ambos tipos de pérdida; ahora bien, los padres recibieron las intervenciones de enfermería donde el 30% se dedicó al cuidado de las heridas, el 20% al cuidado intraparto, el 40% ayudo al manejo de la ansiedad y el 10% ayudó a disminuir las hemorragias.

Para terminar, se analizó las principales intervenciones de enfermería donde existe una gran similitud en relación a la atención del duelo por parte del personal de enfermería, el mismo que ayuda al proceso de aceptación por la pérdida de su hijo, aunque existen diferentes intervenciones que brindan una información adecuada, recuperación física un 43.8%, pero existieron 30 de 36 padres que estuvieron satisfechos con los cuidados brindados por las enfermeras, también realizaron intervenciones en cuidado de heridas, cuidado intraparto, manejo de la ansiedad y disminuir el porcentaje de hemorragias.

CONCLUSIONES

Según los resultados expuestos en la literatura se concluye que la tasa de óbito fetal varía significativamente según el continente por diferentes factores como el tamaño de la muestra, área geográfica, el desarrollo económico y del sistema sanitario; la importancia de la colaboración mundial con países en desarrollo a nivel de salud pública para garantizar una atención integral adecuado a mujeres embarazadas para ser tratadas de manera oportuna evitando complicaciones fetales que pueden llevar a la muerte ya sea de la madre o del feto.

Respecto a los factores asociados al óbito fetal se observó que la asfixia por aspiración de meconio y alteraciones del cordón umbilical son las principales causas de óbito o muerte fetal, pero también existen otras causas que se relacionan directamente como, los trastornos hipertensivos, la preeclampsia, eclampsia, hemorragias parto y desprendimiento de la placenta.

Para continuar con el abordaje terapéutico se evidencia que en algunos países administran medicación como profilaxis para controlar las hemorragias obstétricas, pero para controlar la anemia falciforme existe un procedimiento llamado eritrocitoféresis que ayuda mediante un donante a cambiar los eritrocitos mejorando así la calidad del feto pudiendo llegar a término, sin embargo también debido a trastornos hipertensivos que llevan a una preeclampsia y eclampsia en la mayoría de países realizan cesáreas de emergencias garantizando así la vida de la madre y el feto.

Ahora bien, se puede decir que existen complicaciones que conllevan a casos de óbito fetal como hemorragias de alto flujo y endometriosis siendo esta complicación el foco para que se presente infecciones durante y después del embarazo comprometiendo la salud de la madre o la gestante, también los trastornos hipertensivos y la obesidad, produciendo las principales complicaciones asociadas a muertes fetales.

La interacción grupal y reflexiva de las enfermeras(os) relacionadas a los cuidados en casos de óbito fetal promueve el autocuidado, por medio del desarrollo de conocimientos, prácticas sobre intervenciones de la enfermera hacia pacientes, concientizando los sufrimientos ajenos brindando la información adecuada evitando negativas en la recuperación emocional tanto de los familiares y del mismo profesional, ya que por estar directamente con los pacientes son vulnerables a verse afectados por la responsabilidad y ética que conlleva las intervenciones de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez OH, Silva SP, García ADJ, Báez MVJ, Jurado LS. Factores asociados con muerte fetal en un hospital de segundo nivel de atención en Cancún, Quintana Roo. *Rev CONAMED* [Internet]. 22 de mayo de 2017 [citado 6 de abril de 2021];22(1):5-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79339>
2. Shikuku DN, Mukosa R, Peru T, Yaite A, Ambuchi J, Sisimwo K. Reducing intrapartum fetal deaths through low-dose high frequency clinical mentorship in a rural hospital in Western Kenya: a quasi-experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2341494742/6A60B419D14A4DCCPQ/12>
3. Anu NB, Nkfusai CN, Evelle MNM, Efande LE, Bede F, Shirinde J, et al. Prevalence of stillbirth at the Buea Regional Hospital, Fako Division south-west region, Cameroon. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019 [citado 17 de julio de 2021];33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31723374/>
4. Egbe TO, Ewane EN, Tendongfor N. Stillbirth rates and associated risk factors at the Buea and Limbe regional hospitals, Cameroon: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 3 de febrero de 2020 [citado 27 de septiembre de 2021];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32013904/>
5. Woods JR, Heazell AEP. Stillbirth: is it preventable? *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 1 de mayo de 2018 [citado 23 de junio de 2021];28(5):148-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S175172141830040X>
6. Page JM, Silver RM. Stillbirth: Evaluation and Follow-up. *Obstet Gynecol Clin North Am* [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 23 de junio de 2021];47(3):439-51. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854520300358>

7. Canuto IM de B, Frias PG de, Oliveira CM de, Veiga da Costa HV, Portugal JL, Macêdo VC de, et al. Spatial patterns of avoidable fetal mortality and social deprivation. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2021 [citado 17 de julio de 2021];24(suppl 1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33886880/>
8. Leal M do C, BittencourtI SD de A, Torres RMC, Niquini RP, Borges de Souza Jr PR. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2 de marzo de 2017 [citado 17 de julio de 2021];51(0):12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28273228/>
9. Giraldi LM, Corrêa TRK, Schuelter-Trevisol F, Gonçalves CO. Fetal death: Obstetric, placental and fetal necroscopic factors. *J Bras Patol e Med Lab* [Internet]. 2019 [citado 5 de abril de 2021];55(1):109-13. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331912146_Fetal_death_obstetric_placental_and_fetal_necroscopic_factors
10. Takita H, Hasegawa J, Nakamura M, Arakaki T, Oba T, Matsuoka R, et al. Causes of intrauterine fetal death are changing in recent years. *J Perinat Med* [Internet]. 26 de enero de 2018 [citado 21 de mayo de 2021];46(1):97-101. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28236631/>
11. Mehta B, Luo Y, Xu J, Sammaritano L, Salmon J, Lockshin M, et al. Trends in maternal and fetal outcomes among pregnant women with systemic lupus erythematosus in the United States. *Ann Intern Med* [Internet]. 6 de agosto de 2019 [citado 21 de mayo de 2021];171(3):164-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31284305/>
12. Rêgo MG da S, Vilela MBR, Oliveira CM de, Bonfim CV do. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 23 de julio de 2018 [citado 21 de mayo de 2021];39(5):2017-0084. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30043942/>
13. Manocha A, Ravikumar G, Crasta J. Placenta in intrauterine fetal demise (IUFD): a comprehensive study from a tertiary care hospital. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2 de diciembre de 2019 [citado 21 de mayo de 2021];32(23):3939-47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29792056/>

14. Schmalfluss JM, Matsue RY, Ferraz L. Women with fetal death: nurses' care limitations. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 1 de diciembre de 2019 [citado 5 de abril de 2021];72(suppl 3):365-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31851275/>
15. Ana Maria Casalta Miranda;, Maria Otilia Brites Zangão. Mothers' experiences of fetal death. *Rev Enferm Ref English ed; Coimbra* [Internet]. 25 de septiembre de 2020 [citado 23 de junio de 2021];3(5):1-8. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2478774895/D26591435D8846C9PQ/36>
16. Regan AK, Gissler M, Magnus MC, Håberg SE, Ball S, Malacova E, et al. Association between interpregnancy interval and adverse birth outcomes in women with a previous stillbirth: an international cohort study. *Lancet* [Internet]. 13 de abril de 2019 [citado 22 de mayo de 2021];393(10180):1527-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30827781/>
17. Deng Y, Wang R, Zhou X, Ren L, Liu L, Zhan Y. Fetal, neonatal, and infant death in central China (Hubei): A 16-year retrospective study of forensic autopsy cases. *Med (United States)* [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 22 de mayo de 2021];98(23). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31169678/>
18. Debelew G. Magnitude and Determinants of Perinatal Mortality in Southwest Ethiopia. *J Pregnancy* [Internet]. 2020 [citado 2 de septiembre de 2021];2020(28). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33029401/>
19. Mengesha M, Adhanu H, Weldegeorges D, Assefa N, Werid W, Weldemariam M, et al. Maternal and fetal outcomes of cesarean delivery and factors associated with its unfavorable management outcomes. *BMC Res Notes* [Internet]. 7 de octubre de 2019 [citado 2 de septiembre de 2021];12(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31590693/>
20. Lema G, Mremi A, Amsi P, Pyuza J, Alloyce J, Mchome B, et al. Placental pathology and maternal factors associated with stillbirth: An institutional based case-control study in Northern Tanzania. *PLoS One* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 2 de septiembre de 2021];15(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33382728/>

21. Miyoshi Y, Matsubara K, Takata N, Oka Y. Baby survival in Zambia: stillbirth and neonatal death in a local hospital setting. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 12 de marzo de 2019 [citado 2 de septiembre de 2021];19(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30866839/>
22. Okonofua FE, Ntoimo LFC, Ogu R, Galadanci H, Mohammed G, Adetoye D, et al. Prevalence and determinants of stillbirth in Nigerian referral hospitals: a multicentre study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 30 de diciembre de 2019 [citado 2 de septiembre de 2021];19(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31888536/>
23. Marques LJP, Silva ZP da, Alencar GP, Almeida MF de. [Contributions by the investigation of fetal deaths for improving the definition of underlying cause of death in the city of São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021 [citado 2 de septiembre de 2021];37(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729304/>
24. San D, Roldán M, Sabando Franulic V, Aravena AG, Guerra AP. CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SALUBRISTAS ARTÍCULO ORIGINAL. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 10 de enero de 2019 [citado 23 de septiembre de 2021];461-76. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2609>
25. Egbe TO, Ewane EN, Tendongfor N. Stillbirth rates and associated risk factors at the Buea and Limbe regional hospitals, Cameroon: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 3 de febrero de 2020 [citado 17 de julio de 2021];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32013904/>
26. Mezmur H, Assefa N, Alemayehu T. An Increased Adverse Fetal Outcome Has Been Observed among Teen Pregnant Women in Rural Eastern Ethiopia: A Comparative Cross-Sectional Study: <https://doi.org/10.1177/2333794X21999154> [Internet]. 5 de marzo de 2021 [citado 27 de septiembre de 2021];8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33748345/>
27. Shattnawi K, Khader Y, Alyahya M, Sheyab N, Batieha A. Rate, determinants, and causes of stillbirth in Jordan: Findings from the Jordan Stillbirth and Neonatal Deaths Surveillance (JSANDS). *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 29 de septiembre de 2020 [citado 27 de septiembre de 2021];20(1). Disponible en:

28. Bukowski R, Hansen NI, Pinar H, Willinger M, Reddy UM, Parker CB, et al. Altered fetal growth, placental abnormalities, and stillbirth. *PLoS One* [Internet]. 1 de agosto de 2017 [citado 21 de mayo de 2021];12(8):e0182874. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182874>
29. Hammad IA, Blue NR, Allshouse AA, Silver RM, Gibbins KJ, Page JM, et al. Umbilical Cord Abnormalities and Stillbirth. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 27 de septiembre de 2021];135(3):644. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32028503/>
30. Mendoza JA, Anaya A, Hernández LE, Jiménez J, Fragozo F, Hernández FJ. Clinical factorial risk of late fetal death at the Hospital Juárez de México. *Rev del Hosp Juárez México* [Internet]. 23 de octubre de 2019 [citado 27 de septiembre de 2021];86(3):116-24. Disponible en: www.medigraphic.com/hospitaljuarezwww.medigraphic.org.mx
31. Prüst Z, Verschueren K, Bhikha G, Kodan L, Bloemenkamp K, Browne J, et al. Investigation of stillbirth causes in Suriname: application of the WHO ICD-PM tool to national-level hospital data. [Internet]. 31 de diciembre de 2020 [citado 27 de septiembre de 2021];13(1):1794105. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16549716.2020.1794105>
32. Kiserud T, Piaggio G, Carroli G, Widmer M, Carvalho J, Jensen LN, et al. The World Health Organization Fetal Growth Charts: A Multinational Longitudinal Study of Ultrasound Biometric Measurements and Estimated Fetal Weight. *PLoS Med* [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 27 de septiembre de 2021];14(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28118360/>
33. Greene RA, McKernan J, Manning E, Corcoran P, Byrne B, Cooley S, et al. Major obstetric haemorrhage: Incidence, management and quality of care in Irish maternity units. *Revista Europea Obstetricia Ginecologica Reproductiva Biologica* [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 28 de septiembre de 2021];257:114-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33383410/>

34. Vianello A, Vencato E, Cantini M, Zanconato G, Manfrin E, Zamo A, et al. Improvement of maternal and fetal outcomes in women with sickle cell disease treated with early prophylactic erythrocytapheresis. *Transfusion* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 28 de septiembre de 2021];58(9):2192-201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29984534/>
35. Ali MM, Stephen P, Saleem S, Mumraiz K, Irfan M, Sabahat H. Mortalidad materna por eclampsia en Khyber Pakhtunkhwa: identificación de factores de riesgo subyacentes y conductas de búsqueda de atención. *JPMA - Rev la Asoc Médica Pakistán* [Internet]. julio de 2019 [citado 28 de septiembre de 2021];69(7):934-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31308557/>
36. Ayebare E, Jonas W, Ndeezi G, Nankunda J, Hanson C, Tumwine JK, et al. Fetal heart rate monitoring practices at a public hospital in Northern Uganda – what health workers document, do and say. *Acción salud Mund* [Internet]. 31 de diciembre de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021];13(1). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16549716.2020.1711618>
37. Umunyana J, Sayinzoga F, Ricca J, Favero R, Manariyo M, Kayinamura A, et al. A practice improvement package at scale to improve management of birth asphyxia in Rwanda: a before-after mixed methods evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 6 de octubre de 2020 [citado 28 de septiembre de 2021];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33023484/>
38. Prasannan L, Blitz MJ, Augustine S, Kohn N, Rochelson B, Pessel C. Perinatal outcome after persistence of abnormal umbilical artery Doppler indices in the growth-restricted fetus following betamethasone administration. *La Rev Med Matern y Neonatal* [Internet]. 2020 [citado 29 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2020.1834532>
39. Winn P, Acharya K, Peterson E, Leuthner • Steven. Prenatal counseling and parental decision-making following a fetal diagnosis of trisomy 13 or 18. *J Perinatol* [Internet]. 2018 [citado 29 de septiembre de 2021];38:788-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0107-x>

40. Kvalvik LG, Wilcox AJ, Skjærven R, Østbye T, Harmon QE. Term complications and subsequent risk of preterm birth: registry based study. *BMJ* [Internet]. 29 de abril de 2020 [citado 29 de septiembre de 2021];369. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32349968/>
41. Khanam R, Ahmed S, Creanga AA, Begum N, Koffi AK, Mahmud A, et al. Antepartum complications and perinatal mortality in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017 171 [Internet]. 7 de marzo de 2017 [citado 29 de septiembre de 2021];17(1):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28270117/>
42. Kamranpour B, Noroozi M, Bahrami M. Psychological experiences of women with pregnancy termination due to fetal anomalies: a qualitative study from the perspective of women, their spouses, and healthcare providers in Iran. 2020 [citado 29 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2424771887/BBB9C34B91AD422FPQ/20>
43. Mengesha MB, Weldegeorges DA, Hailesilassie Y, Werid WM, Weldemariam MG, Welay FT, et al. Determinants of Uterine Rupture and Its Management Outcomes among Mothers: An Unmatched Case Control Study. *J Pregnancy* [Internet]. 2020 [citado 29 de septiembre de 2021];2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33194231/>
44. Harrison MS, Thorsten VR, Dudley DJ, Parker CB, Koch MA, Hogue CJR, et al. Stillbirth, Inflammatory Markers, and Obesity: Results from the Stillbirth Collaborative Research Network. *Am J Perinatol* [Internet]. 2 de abril de 2018 [citado 29 de septiembre de 2021];35(11):1071-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29609190/>
45. Farland L V., Prescott J, Sasamoto N, Tobias DK, Gaskins AJ, Stuart JJ, et al. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 29 de septiembre de 2021];134(3):527. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31403584/>
46. Rammah A, Whitworth KW, Han I, Chan W, Hess JW, Symanski E. Temperature, placental abruption and stillbirth. *Environ Int* [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 29 de septiembre de 2021];131:105067. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31376592/>

47. Bond D, Raynes-Greenow C, Gordon A. Bereaved parents' experience of care and follow-up after stillbirth in Sydney hospitals. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1 de abril de 2018 [citado 29 de septiembre de 2021];58(2):185-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28776636/>
48. Pollock D, Ziaian T, Pearson E, Cooper M, Warland J. Breaking through the silence in antenatal care: Fetal movement and stillbirth education. *Women and Birth* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 29 de septiembre de 2021];33(1):77-85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30824375/>
49. Nurse N, Diccico B, Limbo R. Application of Caring Theory to Nursing Care of Women Experiencing Stillbirth. *MCN Am J Matern Nurs* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 22 de mayo de 2021];44(1):27-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531587/>
50. Stefano L Di, Bottecchia M, Yargawa J, Akuze J, Haider MM, Galiwango E, et al. Stillbirth maternity care measurement and associated factors in population-based surveys: EN-INDEPTH study. *Popul Health Metr* [Internet]. 2021 [citado 29 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2491416679/2BC76008CC8B4D05PQ/19>
51. Lin CH, Liu YC, Chiang HH. From self-compassion to compassionate action: reflecting on ending life of stillbirth care in nursing. *Scand J Caring Sci*. 1 de marzo de 2021;35(1):260-7.
52. Tektaş P, Çam O. The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women After a Pregnancy Loss. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 21 de mayo de 2021];31(5):440-6. Disponible en: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(16\)30394-6/abstract](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(16)30394-6/abstract)
53. Mills TA, Ayebare E, Mukhwana R, Mweteise J, Nabisere A, Nendela A, et al. Parents' experiences of care and support after stillbirth in rural and urban maternity facilities: a qualitative study in Kenya and Uganda. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 22 de mayo de 2021];128(1):101-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32659031/>

54. Roberts L, Renati SJ, Solomon S, Montgomery S. Stillbirth and infant death: mental health among low-income mothers in Mumbai. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021 211 [Internet]. 10 de abril de 2021 [citado 29 de septiembre de 2021];21(1):1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33838663/>

**ANEXO: AUTORIZACIÓN DE
PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**



Morelia Elizabeth Sibri Altamirano portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106121080** y **Ricardo Benito López Juca** portador de la cédula de ciudadanía N° **1400862320**. En calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación "**Intervención de enfermería en pacientes con óbito fetal**" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 7 de diciembre de 2021

F:.....

Moreli Elizabeth Sibri Altamirano

C.I. 0106121080

F:.....

Ricardo Benito López Juca

C.I. 1400862320