



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS FACTORES DE RIESGOS
MATERNOS QUE INDUCEN AL CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO.
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO Y PEDIÁTRICO
UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL 2020**

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

AUTORA

PIBAQUE SUÁREZ DAYRA XIMENA

TUTOR

Lic. SAAVEDRA ALVARADO CARLOS JULIO, Mgs.

PERIODO ACADÉMICO

2020-1

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS

Lic. Milton González Santos, Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**

Lic. Alicia Gabriela Cercado Mancero, PhD
**DIRECTORA DE LA CARRERA
ENFERMERÍA**

Ing. Juan Enrique Fariño Cortez, Ph.D
DOCENTE DE ÁREA

Lic. Carlos Julio Saavedra Alvarado, Mgs.
DOCENTE TUTOR

Ab. Víctor Coronel Ortiz, Msc.
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

La Libertad, 7 de abril 2021

En mi calidad de Tutor/a del proyecto de investigación: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS FACTORES DE RIESGOS MATERNOS QUE INDUCEN AL CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO. CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO Y PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL 2020, elaborado por la estudiante DAYRA XIMENA PIBAQUE SUÁREZ, de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, APRUEBO en todas sus partes.



Saavedra Alvarado Carlos
ENFERMERO PROFESIONAL

Lic. Saavedra Alvarado Carlos Julio, Mgs.

DOCENTE TUTOR

DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de nuestra responsabilidad, el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



PIBAQUE SUÁREZ DAYRA XIMENA

CI: 0928193614

DEDICATORIA

A la Universidad Estatal de la Península de Santa Elena y sus docentes quienes con paciencia, dedicación y enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional.

Al Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar el proceso investigativo dentro de sus instalaciones.

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza, porque gracias a él he podido terminar un ciclo maravilloso y muy grande en mi vida.

A mi madre y tío por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, me formaron con buenos sentimientos, principios y valores, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis metas, apoyándome incondicionalmente, siendo ellos mi motor principal de seguir adelante, al igual que mi hermana y demostrarle que todo se puede con esfuerzo y perseverancia.

Finalmente, a todas aquellas personas, familia, colegas y amigas/os que me brindaron su apoyo, tiempo e información para el logro de mis objetivos.

Pibaque Suárez Dayra Ximena

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena por haberme dado la oportunidad de ser parte de sus estudiantes y formarme académicamente

A los docentes que forman parte de la carrera de enfermería por brindarme sus conocimientos y experiencias, además por permitirme realizar prácticas a lo largo de mi formación profesional, principalmente a mi tutor de trabajo de investigación por guiarme en la culminación del mismo.

A Dios por darme la vida, salud, inteligencia, sabiduría y fuerzas de seguir adelante para alcanzar mi nueva etapa profesional.

A mi madre, hermana y tío quienes estuvieron a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más difíciles, no fue sencillo terminar con este proyecto, sin embargo, me brindaron la oportunidad de prepararme profesionalmente, motivándome día a día.

Y a todas las personas que de una u otra manera me apoyaron en la realización de este trabajo investigativo.

Pibaque Suárez Dayra Ximena

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DECLARACIÓN	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
1. El problema.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	4
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. Justificación	5
CAPÍTULO II.....	7
4. Marco Teórico.....	7
4.1. Fundamentación referencial.....	7
4.2. Fundamentación teórica.....	9
4.3. Fundamentación legal.....	21
5. Formulación de la hipótesis	24
5.1. Identificación y clasificación de variables.....	24
5.2. Operacionalización de variables.....	26
CAPÍTULO III.....	27
6. Diseño metodológico	27
6.1. Tipo de investigación.....	27

6.2. <i>Métodos de investigación</i>	27
6.3. <i>Población y muestra</i>	28
6.4. <i>Tipo de muestreo</i>	28
6.5 <i>Técnicas recolección de datos</i>	28
6.6. <i>Instrumentos de recolección de datos</i>	28
6.7. <i>Aspectos éticos</i>	29
CAPÍTULO IV	30
7. <i>Presentación de resultados</i>	30
7.1. <i>Análisis e interpretación de resultados</i>	30
7.2. <i>Comprobación de hipótesis</i>	36
7.3. <i>Conclusiones</i>	37
7.3. <i>Recomendaciones</i>	38
8. <i>Referencias bibliográficas</i>	39
9. <i>Anexos</i>	44
.....	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variable independiente	26
Tabla 2: Operacionalización de variable dependiente	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución por edad.....	30
Gráfico 2 Distribución por nivel socioeconómico.....	31
Gráfico 3 Distribución por índice de masa corporal.....	32
Gráfico 4 Distribución por antecedentes personales.....	33
Gráfico 5 Distribución por controles prenatales realizados.....	34
Gráfico 6 Distribución por complicaciones de los recién nacidos	35
Gráfico 7: Distribución por estado civil.....	48
Gráfico 8: Distribución por ocupación	48
Gráfico 9: Distribución por grado de paridad.....	49
Gráfico 10: Distribución por antecedentes de aborto	49
Gráfico 11: Distribución por ingesta de suplementos vitamínicos.....	50
Gráfico 12: Distribución por comidas diarias.....	50

RESUMEN

Las intervenciones de enfermería se basan en buscar estrategias para controlar o disminuir los factores de riesgos maternos el cuál es uno de los principales problemas que inducen en el crecimiento intrauterino retardado puesto que no se ha realizado un estudio específico sobre dicho tema. El objetivo general del estudio es identificar las intervenciones de enfermería en factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado. Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil 2020. El método de investigación utilizado fue cuantitativo porque nos permite recopilar información específica, de tipo descriptivo detallando los principales factores de riesgo que provocan CIUR, transversal analizando datos de las variables recopiladas y prospectivo obteniendo datos estadísticos de la institución estudiada, la muestra utilizada en la investigación fue de 80 pacientes diagnosticadas con crecimiento intrauterino retardado. La recolección de datos se realizó mediante una encuesta validada por la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa y mediante estadísticas del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil. Los resultados obtenidos demostraron que existe un alto índice de gestantes jóvenes con riesgos durante su embarazo, ya que no se han realizado los controles prenatales necesarios para poder prevenir el crecimiento intrauterino retardado, además se demostró que un 54% de las gestantes presentaron bajo peso durante la gestación. Se concluyó que existen factores de riesgos biológicos y socioeconómicos que influyen tales como; infecciones de vías urinarias 34%, seguido de cuadros anémicos moderados 9%, entre otros con menores porcentajes, los cuales son de suma importancia en la detección precoz de CIUR puesto que algunos de estos factores pueden ser modificables durante los controles prenatales, así mismo se comprobó que un 49% de recién nacidos fueron diagnosticados con crecimiento intrauterino retardado a consecuencia de la patología que presentó la madre.

Palabras claves: Intervenciones de enfermería; crecimiento intrauterino retardado; factores de riesgos maternos; prevenir.

ABSTRACT

Nursing interventions are based on seeking strategies to control or reduce maternal risk factors, which is one of the main problems that induce delayed intrauterine growth since a specific study on this topic has not been carried out. The general objective of the study is to identify nursing interventions in maternal risk factors that induce delayed intrauterine growth. Outpatient Consultation of the Gynecology Obstetric and Pediatric University of Guayaquil 2020. The research method used was quantitative because it allows us to collect specific, descriptive information detailing the main risk factors that cause CIUR, cross-sectional analyzing data of the collected variables and prospectively obtaining data statistics of the institution studied, the sample used in the research was 80 patients diagnosed with delayed intrauterine growth. Data collection was carried out through a survey validated by the National University of San Agustín de Arequipa and through statistics from the Hospital Gynecology Obstetric and Pediatric University of Guayaquil. The results obtained showed that there is a high rate of young pregnant women with risks during their pregnancy, since the necessary prenatal controls have not been carried out to prevent delayed intrauterine growth, it was also shown that 54% of the pregnant women had low weight during gestation. It was concluded that there are biological and socioeconomic risk factors that influence such as; urinary tract infections 34%, followed by moderate anemic pictures 9%, among others with lower percentages, which are of utmost importance in the early detection of CIUR since some of these factors can be modifiable during prenatal controls, likewise found that 49% of newborns were diagnosed with delayed intrauterine growth as a result of the pathology presented by the mother.

Keywords: Nursing interventions; retarded intrauterine growth; maternal risk factors; to prevent.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento intrauterino retardado (CIUR) es un factor de riesgo para el desarrollo patológico intrauterino, predominando varios factores, desde la madre, la placenta y el feto, están involucrados el retraso del crecimiento intrauterino. Los profesionales de la salud buscan brindar cuidados controlados a las embarazadas sobre la importancia de los controles prenatales para la detección precoz de anomalías logrando mantener un desarrollo normal del producto disminuyendo riesgos maternos (Pérez & Yuquilema, 2018).

Su incidencia en América Latina corresponde entre el 12 y 17%, siendo más prevalente en países en vías de desarrollo presentando crecimiento intrauterino retardado y fetos pequeños para la edad gestacional, en el último reporte el 5,97% tenían un peso menor a 2500 gramos, incluyendo dentro de esta población a todos los neonatos que tuvieron RCIU además de aquellos con un peso bajo para la edad gestacional (Barrera & Salamea, 2017).

En el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC, 2018) la tasa de morbilidad en restricción de crecimiento intrauterino es de 4649 nacido con bajo peso y de 183 nacidos muertos con bajo peso. El estudio de los factores de riesgo perinatales en todos los neonatos con bajo peso, comparándolo con los neonatos a término de peso adecuado siendo una problemática poco investigada en el País (Hermida Vera, 2018).

El presente proyecto investigativo tiene como objetivo principal identificar las intervenciones de enfermería en factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado. Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil; donde la población estudiada son las pacientes con diagnóstico médico de crecimiento intrauterino retardado, que acudieron durante los meses de julio a noviembre del 2020.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

A lo largo de la historia las intervenciones de enfermería ayudan a prevenir, resolver o vigilar los problemas detectados durante la gestación, brindando los cuidados necesarios a la mujer gestante y su futuro hijo, contribuyendo al control de enfermedades materno infantil como la restricción de crecimiento intrauterino. Esta patología se caracteriza por la falta de oxígeno y nutrientes del feto, lo que enlentece su crecimiento, debido a complicaciones durante el embarazo, entre los principales factores de riesgo para desarrollar este trastorno se encuentran hábitos tóxicos; como fumar, beber alcohol, consumir drogas, o estar expuesta a diferentes infecciones (citomegalovirus, rubeola, toxoplasmosis y sífilis) (KidsHealth, 2016).

El crecimiento intrauterino fetal es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial con una incidencia del 6,9% en países desarrollados y en países en vías de desarrollo con un 43,8%. Se ha logrado identificar tres principales grupos de riesgo que son los factores maternos, fetales y placentarios, sin embargo, cabe destacar que no siempre está presente una condición asociada (Verdugo Muñoz et al., 2015).

El Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU), es una patología de origen multifactorial, entre las principales causas se encuentran los trastornos hipertensivos, trastornos autoinmunes, trombofilias, trastorno del ánimo, desnutrición, estilos de vida, lo que aumenta la tasa de morbilidad materno perinatal, por lo que es primordial realizar un diagnóstico certero de esta afección con el fin de llevar a cabo un seguimiento y manejo para disminuir las complicaciones asociadas a la enfermedad (Pimiento Infante & Beltrán Avendaño, 2015).

Los factores de riesgo para el desarrollo del crecimiento intrauterino retardado son edades extremas de la mujer que comprenden a menores de 16 y mayores de 35 años, múltiparas con embarazos consecutivos menores a 1 año, hábitos tóxicos como el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes, nivel socioeconómico, carga laboral, antecedentes maternos previos a la gestación, amenazas de aborto, complicaciones

obstétricas entre las cuales se encuentran la hemorragia en la segunda mitad de la gestación, captación materna de bajo peso con ganancia de peso insuficiente, infecciones, malformaciones congénitas fetales (Díaz & Rodríguez, 2018).

El crecimiento fetal inadecuado, afecta alrededor del 10% de todos los embarazos, los niños con RCIU tienen cinco veces más probabilidad de morir durante el período neonatal, cuatro veces más perspectiva de morir durante su período postnatal y 4,7 veces más probabilidad de morir durante su primer año de vida, cuando se les compara con los niños nacidos con peso adecuado (Pérez Valdés et al., 2015).

Según Barrera Reyes & Fernández Carrocera (2015), definen al crecimiento fetal cómo el resultado del crecimiento y división celular sin interferencias, que como resultado final se obtiene un recién nacido a término, que ha logrado expresar totalmente su potencial genético. Sin embargo, para poder determinarlo como normal, es necesario la utilización de criterios estadísticos en curvas de acuerdo con las diferentes poblaciones, para que se pueda obtener un desarrollo fetal óptimo, se necesita la interacción entre: la salud óptima de la madre antes y durante la gestación, y el tamaño del recién nacido de acuerdo para su edad gestacional.

Los infantes que nacen con crecimiento intrauterino retardado tienden a desarrollar otras complicaciones como asfixia perinatal, hipotermia, hipoglucemia, policitemia, varias deficiencias importantes y sutiles del desarrollo neurológico, en comparación con su contraparte apropiada para la edad gestacional (Sharma et al., 2016).

En la Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil no se ha realizado un estudio específico sobre las intervenciones de enfermería para controlar o disminuir los factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado, limitando la capacidad de actuación que debe poseer el profesional enfermero para la prevención de muertes maternas y perinatales a través del conocimiento científico en esta institución de salud, la cual acoge a usuarias con diferentes complicaciones ginecológicas de la ciudad.

1.2. Formulación del problema

¿Qué intervenciones de enfermería reducen los factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Identificar las intervenciones de enfermería en factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado. Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico de Guayaquil 2020.

2.2. Objetivos Específicos

- Fundamentar teórica y científicamente los factores de riesgos maternos que inciden en el crecimiento intrauterino retardado en gestantes.
- Analizar la frecuencia de controles prenatales en las gestantes.
- Establecer la prevalencia de recién nacidos con crecimiento intrauterino retardado.

3. Justificación

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad determinar las intervenciones de enfermería en los factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado, para poder detectar a tiempo las causas principales que desencadenan el crecimiento intrauterino retardado, así mismo buscar nuevas estrategias mediante un sistema de prevención y seguimiento desde la atención primaria, para ayudar a disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

Además, el personal de salud debe ayudar a mejorar el estilo de vida de la gestante fomentando una mejor nutrición, incentivando al abandono de ciertos hábitos tóxicos como el consumo de tabaco, alcohol o sustancias psicotrópicas, porque pueden llegar a tener un impacto fuerte en el desarrollo y crecimiento fetal.

La (Organización Mundial de la Salud, 2019) y sus asociados coinciden en que un principio fundamental de la labor de protección de la salud de la madre, el recién nacido y el niño es el acceso vitalicio a la atención de salud: una continuidad asistencial que comienza con la atención a la madre mucho antes del embarazo y continúa durante el embarazo y el parto.

Los cuidados pueden prestarse, en función de las necesidades, en el hogar y la comunidad, o bien en dispensarios de salud y hospitales. Las mujeres que reciben atención continua y supervisada por profesionales según normas internacionales tienen un 16% menos de probabilidades de perder a sus niños, y un 24% menos de probabilidades de tener partos prematuros (Delgado Reguera, 2019).

Según los últimos datos de OMS publicados de 2018 las muertes causadas por bajo peso al nacer en Ecuador han llegado a 1.753 (2,39% de todas las muertes). La tasa de mortalidad por edad es de 9,60 por 100,000 de población. Ecuador ocupa el lugar número 71 en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países latinoamericanos con la tasa más baja de nacimientos prematuros con 5,1%, pero paradójicamente, las complicaciones del crecimiento intrauterino

retardado son la primera causa de mortalidad infantil en el país (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2015).

Este proyecto es elaborado en la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil ubicado en la Provincia del Guayas, el cuál receipta gran cantidad de gestantes que asisten a sus controles prenatales en la institución por ser una unidad de referencia, el cual brinda los cuidados enfermeros a los pacientes ginecológicos y pediátricos, con el fin de mantener y profundizar el conocimiento científico en la práctica diaria para la prevención y detección temprana de los factores maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado en esta casa de salud.

CAPÍTULO II

4. Marco Teórico

4.1. *Fundamentación referencial*

(Varela Insuaste, 2019), realizó un estudio en el Hospital Universitario de Guayaquil, con el tema “Factores asociados a restricción de crecimiento intrauterino en gestantes mayores a 30 años. Guayaquil 2019”. La metodología empleada fue prospectiva, descriptiva, cuantitativa y transversal. Se obtuvo como muestra 292 pacientes utilizando como técnica la encuesta y la ficha de recolección de datos.

Con respecto a los resultados se identificó que entre los factores de riesgo relacionados a la RCIU de mayor relevancia se encuentran las enfermedades crónicas como los trastornos hipertensivos, el cual se presentó en un 70% de los casos, la falta o déficit de controles prenatales en un 87% y un bajo del nivel socioeconómico con una prevalencia del 77%. Las enfermedades crónicas maternas son los principales factores de riesgos para el crecimiento intrauterino retardado, por lo consiguiente deben llevar un control muy estricto durante la gestación.

(Hermida Vera, 2018), elaboró una investigación sobre “Factores de riesgos perinatales y su impacto en la restricción del crecimiento intrauterino del feto en el Hospital General Guasmo Sur”. Realizando un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, diseño no experimental y retrospectivo de enfoque cuantitativo de los factores de riesgos perinatales y su impacto en la restricción del crecimiento intrauterino del feto en el Hospital General Guasmo Sur.

Demostrando que entre los principales factores de riesgos el de mayor prevalencia se encuentra en un rango de edad de 30-38 años con 34.36% del total, en cuanto al control prenatal 81 pacientes (41.54%) asistieron entre 3 a 6 controles prenatales durante todo su embarazo y un 11.28% no ha asistido a un solo control prenatal; el estudio evidenció con gran satisfacción que el 38.97% del total de la muestra no presenta un retardo del crecimiento fetal, en los que si hubo, 29.23% fue asimétrico, 25.13% fueron simétricos y de estos un 6.67% del total de la muestra fueron mixtos.

(Tafur Méndez, 2017), realizó una investigación sobre “Bajo peso pregestacional como factor de riesgo para retardo de crecimiento intrauterino”. Trujillo-Perú, con un tipo de estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, que evaluó 255 historias clínicas del binomio gestante-recién nacido, las cuales fueron distribuidos en dos grupos, los casos: 85 gestantes con recién nacidos con retardo de crecimiento intrauterino, y los controles: 170 gestantes con recién nacidos sin retardo de crecimiento intrauterino.

Teniendo como resultados que la frecuencia de bajo peso pregestacional en gestantes con recién nacidos con retardo de crecimiento intrauterino fue 41.2%, y de las gestantes con recién nacidos sin retardo de crecimiento intrauterino fue 17.6%. El bajo peso pregestacional es un factor de riesgo para el crecimiento intrauterino retardo en embarazadas.

(Cano Aráuz & Castellón, 2016), elaboró un proyecto de investigación sobre “Principales factores de riesgo asociados al desarrollo de restricción del crecimiento intrauterino en recién nacidos atendidos en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de marzo 2015. El universo estudiado, fue constituido por número de nacimientos de 2,545 partos totales de los cuales 1,424 fueron vía vaginal y 1,121 vía cesárea, de estos el 0.6% corresponde a pacientes con Retardo del Crecimiento Intrauterino, el 66.7% eran adolescentes, el 37.5% de ellas tenían anemia, el 75% se realizaron controles prenatales inadecuados. El tipo de RCIU que predominó fue el tipo I que representó el 50%, el tipo II se presentó en 43.75% y 6.25% el tipo III.

Con los casos de RCIU presentó asfixia 6.25% e hipoglicemia 6.25%; seguidas por las complicaciones respiratorias desarrollo neumonía congénita 18.75% y el 81.2% restantes no presentaron ninguna alteración. Para prevenir a tiempo el crecimiento intrauterino retardado es importante la planificación familiar y cumplir con los controles prenatales adecuados para identificar los factores de riesgos que se puedan presentar durante la gestación y evitar complicaciones maternos-fetales.

4.2. Fundamentación teórica

Crecimiento intrauterino retardado - Definición

La restricción del crecimiento fetal es una afección por la que un bebé nace más pequeño de lo que se espera para la edad gestacional. Es frecuente que se describa como un peso aproximado menor al percentil 10. Esto significa que el recién nacido pesa menos que 9 de cada 10 bebés de la misma edad gestacional.

Esta patología puede iniciar en cualquiera de los trimestres de la gestación, puede afectar el tamaño general del bebé incluyendo el crecimiento de los órganos, los tejidos y las células.

Varía fisiológicamente de acuerdo con las características maternas como peso, talla, origen étnico, paridad, condición nutricional, además se ve afectado por otro tipo de factores como consumo sustancias tóxicas, enfermedades crónicas entre otras patologías maternas (Stanford children's health, 2017).

Etiología

En el 60-70% de los casos de restricción del peso fetal se desconoce la causa. En el 30-40% restante podemos determinar una posible etiología.

Los factores de riesgos relacionados al crecimiento intrauterino retardado se clasifican en maternos, fetales y placentarios (Ministerio de Salud, 2019).

Factores maternos

- **Peso pregestacional:** La malnutrición durante el embarazo origina la disminución del número de células de los tejidos, la modificación estructural de los órganos, la clasificación de ciertos clones de células y las alteraciones hormonales. Si se produce una insuficiencia en nutrientes en la mitad de la gestación, afecta al feto, pero no a la placenta.
- **Edad materna:** El embarazo en menores de 16 y mayores de 35 años debe ser considerado de alto riesgo, por la probabilidad de presentar parto

pretérmino, eclampsia, ruptura prematura de membranas, prematuridad, bajo peso al nacer.

- **Nivel socioeconómico:** Se relaciona con el nivel educativo y monetario de los grupos familiares, desarrollando altos índices de malnutrición en las embarazadas, afectando al neonato. Además, influye mucho a la asistencia de los controles prenatales.

(Ochoa Fletes & Hernández Turcios, 2016).

Hábitos tóxicos: Provocan daños a corto o largo plazo durante el periodo de gestación.

- **Consumo de cigarrillo:** Según estudios se ha demostrado existencia de una disminución de 150 a 250 mg de peso del neonato en madres fumadoras a diferencia de las que no fuman.
- **Alcoholismo:** influye en los procesos de desarrollo prenatal, donde se da el desarrollo de los órganos durante los tres primeros meses, causando malformaciones fetales en el sistema nervioso central, ojos cara, labio y aparato digestivo.

Enfermedades maternas

- Enfermedad renal crónica
- Pielonefritis crónica
- Glomérulo esclerosis
- Enfermedad glomerular crónica
- **Hipertensión:** Es una de las principales causas de parto pretérmino y bajo peso al nacer; afectado por la administración de medicamento para la enfermedad. Suelen presentarse trastornos hipertensivos durante la gestación afectando al feto y es necesario interrumpir el embarazo a edad gestacional corta.
- Enfermedad cardiorrespiratoria crónica causantes de hipoxemia
 - Cardiopatías congénitas
 - Coartación de aorta
 - Atresia pulmonar

- Neuropatías
- Asma bronquial
- Bronquiectasias

(Jiménez-Meléndez, 2017).

- **Diabetes:** Durante el embarazo, se efectúan cambios metabólicos por un aumento de la resistencia a la insulina. En el tercer trimestre de gestación, la glicemia en ayunas desciende por el consumo excesivo de glucosa por parte de la placenta y el feto. La hiperglucemia y la hiperinsulinemia producen macrosomía neonatal, muerte fetal intrauterina, retraso en la maduración pulmonar e hipoglucemia neonatal.
- Enfermedades autoinmunes
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Síndrome antifosfolipídico.
- Anemia moderada
- Infecciones urinarias
 - Pielonefritis durante la gestación.

(Cotrina Cruz, 2020).

Factores fetales

Alteraciones cromosómicas y genéticas

- Trisomías 13, 18 y 21
- Síndrome de Turner (45 XX)
- Síndromes con cromosomas sexuales extras (XXX, YYY),
- Síndrome de deleción.
- Generalmente producen RCIU tipo I (Precoz).

Síndromes genéticos no cromosómicos

- Enanismo
 - Acondroplasia
 - Hipocondroplasia
 - Síndrome de Russel Silver
 - Condrodistrofias

- Osteogénesis imperfecta
- Deficiencia de la sulfatasa placentaria.

(Gómez Bravo & Jiménez Vinuesa, 2018).

Infección perinatal

- Infecciones intrauterinas de origen viral y de protozoarios
 - Rubéola
 - Citomegalovirus
 - VIH
 - Varicela zoster
 - Malaria
 - Toxoplasmosis

Gestaciones múltiples: Entre la semana 32 de gestación las curvas de crecimiento fetal se conservan embarazos simples y múltiples, ulteriormente los fetos de embarazos múltiples presentan restricción del crecimiento (Hermida Vera, 2018).

Factores placentarios

- Placenta previa
- Infartos placentarios
- Vasculitis
- Arteria umbilical única
- Placenta circunvalada
- Inserción velamentosa del cordón
- Tumores placentarios
- Angiogénesis aberrante.

(Huertas Tacchino, 2015).

Clasificación del crecimiento intrauterino retardado

Según Pimiento Infante & Beltrán Avendaño (2015), el crecimiento intrauterino retardado se clasifica por la severidad de la patología.

- **RCIU severo:** Fetos que se encuentran con peso ultrasonográfico por debajo del percentil 3 para la edad gestacional. Tiene peor pronóstico, aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal.
- **RCIU temprano:** Aparece antes de la semana 32 de gestación, se ha encontrado relación estrecha con la prematuridad, preeclampsia y alteraciones a nivel placentario.
- **RCIU tardío:** Es la más frecuente, aparece después de la semana 32, se encuentra también asociado a enfermedad placentaria, pero en menor grado que el grupo de RCIU temprano.

Para Rybertt & Azua (2016), el crecimiento intrauterino retardado se clasifica por proporciones corporales fetales

- **Tipo I o simétrico:** Es precoz (antes de las 28 semanas), feto proporcionado, tamaño placentario normal, sus causas principales son enfermedades genéticas, infecciones virales y abuso de estupefacientes
- **Tipo II o asimétrico:** Es tardío (después de las 28 semanas), feto desproporcionado, tamaño placentario pequeño, las principales causas son; insuficiencia placentaria y patología materna.
- **Tipo III o mixto:** (Simétrico-Asimétrico), se caracteriza por un perfil de crecimiento de la figura antropométrica que, en un primer momento está debajo de la norma, pero que posteriormente se recupera para ubicarse en un rango de normalidad, hay una reducción constante de los parámetros biométricos con una relación variable entre las dimensiones de los varios segmentos del cuerpo fetal (polo cefálico, abdomen, miembros), abarca el 10 % y sus causas inciden en la fase intermedia de la gestación (16^a a 24^a semanas)

Diagnóstico

Puesto que no todos los fetos de tamaño reducido padecen una restricción del crecimiento intrauterino, es muy importante hacer un buen diagnóstico. Se empieza calculando correctamente la edad gestacional del bebé y luego ir supervisando su crecimiento, comparándolo con el ritmo esperado.

La técnica que más se suele utilizar para diagnosticar una restricción del crecimiento intrauterino es la ecografía, que permite calcular el tamaño y el peso del bebé.

Otra prueba para verificar el interior del útero es la monitorización fetal. Los dispositivos de monitoreo están sujetos a su útero mientras usted se acuesta durante unos 30 minutos. Los dispositivos registran los latidos del corazón de su bebé. Su médico puede observar la grabación y ver si el latido del corazón de su bebé es normal (American Academy of Family Physicians, 2020).

Altura uterina: Es un examen rutinario que se puede realizar en cualquier momento del embarazo para confirmar la edad gestacional, evaluar el tamaño del feto, detectar posibles embarazos múltiples y ver si la cantidad de líquido amniótico es normal o no (Ordesa, 2016).

Cuando es utilizado correctamente puede llegar a diagnosticar el 60% de los casos de Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU). Se recomienda que cada centro elabore su propia curva de crecimiento (Ayerra, Barricarte, & Rodriguez, 2019).

Complicaciones del crecimiento intrauterino retardado

El riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal está aumentado en los fetos con crecimiento intrauterino retardado, por que desciende el percentil de peso, y se acentúa significativamente cuando existe prematuridad asociada al crecimiento intrauterino.

La insuficiencia placentaria genera una alteración en el paso de nutrientes al feto, causando el crecimiento intrauterino retardado; pero es capaz de producir una alteración en el paso de oxígeno al feto, y esto es causa de muerte (fetal o neonatal) y daño orgánico (asfixia perinatal, daño neurológico, secuelas motoras y cognitivas). La identificación y manejo correcto de la insuficiencia placentaria permite evitar las consecuencias adversas del crecimiento intrauterino retardado (Carvajal & Ralph, 2018).

Tratamiento del crecimiento intrauterino retardado

Cuando se diagnostica una restricción del crecimiento intrauterino, se decidirá su tratamiento teniendo en cuenta el estado de salud del feto y el mes de embarazo de la madre, se controlará al bebé mediante controles prenatales frecuentes y ecografías, para realizar seguimiento de su crecimiento y detectar posibles problemas.

El tratamiento del crecimiento intrauterino retardado incluye controlar enfermedades que padezca la madre y asegurarse que mantiene una dieta saludable y nutritiva, con ganancia de peso adecuada. Algunas mujeres les indican que guarden reposo en cama para mejorar la irrigación sanguínea del bebé.

El propósito consistirá en mantener al feto seguro dentro del vientre materno durante el tiempo máximo posible. De todos modos, los profesionales de la salud recomiendan provocar el parto si el bebé ha dejado de crecer o presenta complicaciones. Cuando el parto vaginal se considere arriesgado para el feto, se deberá realizar al parto por cesárea (KidsHealth, 2016).

En la literatura mundial, existen investigaciones y estudios aleatorizados publicados, que evalúan el aporte suplementario de oligoelementos, como zinc o magnesio, aceites de pescado con lípidos supuestamente beneficioso al ser difícilmente oxidables. Ninguno de estos estudios ha podido demostrar diferencias razonables como para justificar la administración rutinaria y a la población general de suplementos para prevenir la RCIU (Carvajal & Ralph, 2018).

Aspirina (ácido acetil salicílico):

El tratamiento con Aspirina a bajas dosis hoy en día muestra una eficacia clara en la prevención de la preeclampsia y RCIU de etiología vascular, en las mujeres de alto riesgo.

Su uso en la población de bajo riesgo no está justificado. Hasta que no se disponga de más información, no estaría indicado su uso a dosis más altas ni antes de las 11 semanas de gestación.

Aceite de pescado (Omega 3):

Los suplementos de aceite de hígado de pescado no son un tratamiento efectivo para la prevención de preeclampsia, pero pudieran generar un efecto benéfico sobre la ganancia ponderal fetal y la prevención de la retinopatía del prematuro.

Esto se sustenta en la alta concentración de Omega 3 presente en las vainas de mielina a nivel del SNC.

Vitaminas antioxidantes: Vitamina E y C

No se recomienda en nuestra población la administración rutinaria de estas vitaminas. Los niveles séricos en nuestra población no están estudiados y los resultados en estudios internacionales son diversos.

Aminoácidos:

El consumo de etanol, nicotina, morfina y cocaína afecta notablemente el transporte de aminoácidos de la placenta al feto. Una disminución en la transferencia de aminoácidos a través de la placenta, o una dieta baja en proteínas (desnutrición proteico-calórica), puede ser causa de RCIU.

Por su parte, la L-carnitina es esencial para el transporte de ácidos grasos de cadena larga y de otros ácidos orgánicos a través de la membrana interna de la mitocondria. Se ha determinado una deficiencia de L-carnitina en RN pretérmino y con diagnóstico prenatal de RCIU. Hasta ahora, no se ha demostrado que los suplementos nutricionales sean un tratamiento estándar para la restricción del crecimiento intrauterino.

Algunos complementos como la L-carnitina pueden contribuir a mejorar el pronóstico fetal al disminuir la morbilidad neonatal (Recomendación C).

Varios estudios reportan la utilidad de la L-carnitina como coadyuvante en el tratamiento de la RCIU, planteando un efecto doblemente benéfico: sobre la ganancia ponderal fetal y la reducción del riesgo de distress respiratorio del recién nacido (Carvajal & Ralph, 2018).

Mejor momento para la interrupción del embarazo

El manejo de RCF de causa placentaria requiere el balance entre el riesgo de mantener el feto en útero y el riesgo asociado a la prematurez; el momento preciso para la interrupción del embarazo será aquel en que se estime que el riesgo de muerte o daño es mayor si el embarazo se prolonga comparado con el riesgo neonatal del prematuro. La decisión se adoptará de acuerdo con la edad gestacional y el resultado de las pruebas de evaluación del bienestar fetal.

I. Embarazos mayores a 37 semanas

Es importante configurar apropiadamente el diagnóstico de CIR de causa placentaria, antes de proceder a la interrupción del embarazo, pues si se trata de un feto pequeño constitucional, especialmente si existen malas condiciones obstétricas, el mejor manejo es la prolongación del embarazo. En estos casos el manejo es la interrupción del embarazo. De ser posible se intentará la vía vaginal.

II. Embarazos 32-37 semanas

El manejo depende esencialmente del resultado del estudio doppler umbilical y la curva de crecimiento. Será deseable prolongar el embarazo hasta que se estime que el riesgo de muerte o daño es muy alto si el embarazo se prolonga.

Criterios de interrupción en fetos con RCF placentaria entre 32-37 semanas

- Detención del crecimiento
- Oligohidroamnios (OHA) absoluto
- PBF alterado $< 6/10$ (es decir 4/10, 2/10 o 0/10)
- Doppler de arteria umbilical con FDA o FDR
- Patología materna que condiciona interrupción
- RBNE con desaceleraciones espontáneas

III. Embarazos menores a 32 semanas

En estos casos, la sola presencia de un doppler umbilical FDA o FDR no es indicación de interrupción del embarazo, pues el riesgo de morbilidad neonatal es muy alto. Se intentará prolongar el embarazo manteniendo vigilancia fetal con Perfil Biofísico Fetal y/o doppler de territorio venoso.

Criterios de interrupción en fetos con RCF placentaria < 32 semanas

- Perfil Biofísico Fetal (PBF) alterado $< 6/10$ (es decir 4/10, 2/10 o 0/10)
- Registro Basal no Estresante (RBNE) con desaceleraciones espontáneas
- Flujo reverso en el ductus venoso durante la contracción auricular
- Pulsatilidad de la vena umbilical

(Carvajal & Ralph, 2018)

Intervenciones de enfermería

Administración de medicación – 2300

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.
- Validar y registrar la comprensión del paciente y la familia sobre las acciones esperadas y efectos adversos de la medicación.

Asesoramiento nutricional - 5246

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.
- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.

Ayuda para dejar de fumar - 4490

- Determinar la facilidad del paciente para aprender cómo dejar de fumar.
- Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden.
- Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos psicosociales que influyen en la conducta de fumar.
- Animar al paciente a mantener un estilo de vida sin tabaco.

Cuidados del embarazo de alto riesgo - 6800

- Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (diabetes, hipertensión, lupus eritematoso, herpes, hepatitis, VIH y epilepsia).
- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematuridad, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, crecimiento intrauterino retardado, desprendimiento de placenta, placenta previa, sensibilización Rh, rotura prematura de membranas y antecedentes familiares de trastornos genéticos).
- Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo y las
- Instruir a la paciente sobre técnicas de autocuidados para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales regulares, normalización de la glucemia y precauciones sexuales, incluida la abstinencia).
- Remitir, según corresponda, a programas específicos (dejar de fumar, tratamiento de abuso de sustancias nocivas, educación sobre diabetes, educación para prevención de partos prematuros, casas de acogida para personas que sufren abusos, clínica para enfermedades de transmisión sexual).
- Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (insulina, tocolíticos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticomiciales).
- Fomentar la pronta asistencia a clases prenatales o proporcionar materiales de educación sobre el parto para las pacientes que guarden cama.
- Explicar los riesgos fetales asociados con partos prematuros en las diversas edades de gestación.
- Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta, como prueba en reposo y prueba de estimulación con oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas ecográficas.
- Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal (amniocentesis, biopsias de vellosidades coriónicas, muestras de sangre umbilical percutánea y estudios de flujo sanguíneo mediante Doppler).
- Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.

- Informar sobre desviaciones de la normalidad en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico o matrona.
- Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

Cuidados prenatales - 6960

- Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación, alentando a la vez la implicación de la pareja de la paciente o de otro familiar.
- Alentar la asistencia a clases prenatales.
- Monitorizar la ganancia de peso.
- Monitorizar la aparición de un trastorno hipertensivo (p. ej., presión arterial, edema maleolar, de las manos y facial, así como proteinuria).
- Monitorizar los tonos cardíacos fetales.
- Medir la altura del fondo uterino y comparar con la edad gestacional.
- Monitorizar los movimientos fetales.
- Instruir a la paciente sobre la percepción de los movimientos fetales y la importancia de monitorizar la actividad fetal.
- Revisar con la paciente los cambios observados en el crecimiento y estatus del feto.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren su notificación inmediata.
- Comentar las necesidades y preocupaciones nutricionales (p. ej., dieta equilibrada, ácido fólico, seguridad alimentaria y suplementos).
- Instruir a la paciente sobre los efectos de la exposición o de la ingestión de sustancias perjudiciales (p. ej., alcohol, drogas, teratógenos, fármacos, sustancias de fitoterapia y tabaco).
- Comentar el nivel de actividad con la paciente (p. ej., ejercicio apropiado, actividades que deben evitarse e importancia del descanso).

(Butcher et al., 2018).

Fundamentación de Enfermería

Modelo de Virginia Henderson – 14 necesidades básicas

Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, independiente del diagnóstico médico (Álvarez & Arkáute, 2004).

El rol profesional es un servicio de ayuda y se orienta a suplir su autonomía o a completar lo que le falta mediante el desarrollo de fuerza, conocimiento o voluntad, así como ayudarlo a morir dignamente.

Modelo de Lydia Hall – Núcleo, cuidado y curación

Este modelo ha servido para allanar el camino a la enfermería moderna, donde las enfermeras usan el pensamiento crítico y el conocimiento médico para tratar y curar a un paciente, en lugar de simplemente llevar a cabo las órdenes de los médicos.

El “núcleo” se refiere a la utilización de la comunicación terapéutica para ayudar al paciente a entender no sólo su condición, sino también su vida. El "cuidado" se centra en poner las manos sobre el cuidado corporal y la creencia de que una muestra de cariño y una valoración rigurosa son terapéuticas. La "cura" se basa en las enfermeras aplicando sus conocimientos médicos de la enfermedad para ayudar con un plan de atención (Chinguel, 2019).

4.3. Fundamentación legal

Constitución de la República del Ecuador 2008

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

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

Art. 43.- Mujeres embarazadas. - El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. La gratuidad de los servicios de salud materna.
2. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
3. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Ley Orgánica de Salud 2006

Libro I “De las acciones de salud”

Capítulo III “De la salud sexual y la salud reproductiva”

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y

abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 67-2006)

Derechos de supervivencia

Art 23.- Protección prenatal: se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el juez disponer las medidas cautelares que sean del caso. El Juez podrá ampliar este plazo en el caso de madres de hijos con discapacidad grave y calificada por el organismo pertinente, por todo el tiempo que sea menester, según las necesidades del niño o niña.

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto. - El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Art. 26.- Derecho a una vida digna. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Art. 29.- Obligaciones de los progenitores. - Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud. - Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

- Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre;
- Diagnosticar y hacer un seguimiento médico a los niños y niñas que nazcan con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo;
- Informar oportunamente a los progenitores sobre los cuidados ordinarios y especiales que deben brindar al recién nacido, especialmente a los niños y niñas a quienes se haya detectado alguna discapacidad;
- Incentivar que el niño o niña sea alimentado a través de la lactancia materna, por lo menos hasta el primer año de vida.

Plan Nacional de Desarrollo, 2017-2021. Toda una Vida

Objetivo 1: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.”

Política 1.3.- Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria.

Política 1.4.- Garantizar el desarrollo infantil integral para estimular las capacidades de los niños y niñas, considerando los contextos territoriales, la interculturalidad, el género y las discapacidades.

5. Formulación de la hipótesis

Las intervenciones de enfermería disminuirán los riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado.

5.1. Identificación y clasificación de variables

Variable Independiente: Intervenciones de enfermería

Variables Dependiente: Crecimiento intrauterino retardado

5.2. Operacionalización de variables

Tabla 1: Operacionalización de variable independiente

HIPÓTESIS	VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS
Las intervenciones de enfermería disminuirán los riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado.	Intervención de enfermería es una acción autónoma que realiza un profesional, basada en el conocimiento clínico y fundamentos científicos que se realizan para mejorar los resultados del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Control y registro de presión arterial. Número de atenciones prenatales. Medidas antropométricas. 	<ul style="list-style-type: none"> Presión arterial (120/80mmhg) 5 a 12 controles. Peso (Kg). 	Observación directa e indirecta mediante datos estadísticos y encuestas.	

Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Tabla 2: Operacionalización de variable dependiente

HIPÓTESIS	VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL TÉCNICAS
Las intervenciones de enfermería disminuirán los riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado.	Crecimiento intrauterino retardado	El crecimiento intrauterino retardado es un término que define a un feto que es más pequeño de lo normal durante el embarazo debido a un problema con el funcionamiento de su placenta.	Recién Nacido con RCIU	Peso del RN	Observación directa e indirecta mediante datos estadísticos y encuestas.

Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

CAPÍTULO III

6. Diseño metodológico

6.1. Tipo de investigación

Descriptiva

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo por su capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada, mediante la observación directa e indirecta por medio de encuestas y recopilación de datos estadísticos, asimismo se definió las intervenciones de enfermería en los factores de riesgo materno que inducen al crecimiento intrauterino retardado.

Transversal

El siguiente trabajo es de tipo transversal ya que mide las variables tales como intervenciones de enfermería y crecimiento intrauterino retardado de las gestantes que acudieron a la consulta externa Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil en un periodo comprendido de Julio a Noviembre del 2020.

Prospectivo

Es de estudio prospectivo porque se recolecta toda la información mediante encuestas y datos estadísticos sobre los factores de riesgo maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado obtenidos en el Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil.

6.2. Métodos de investigación

Cuantitativo

En esta investigación se realizó este método puesto que se van a investigar datos específicos y delimitados desde el inicio de este estudio, la hipótesis fue establecida antes de recolectar datos porque serán fundamentales en la medición de variables y en los análisis estadísticos sobre los factores de riesgos maternos que inducen en el crecimiento intrauterino retardado, siendo nuestra meta principal la demostración de teorías.

6.3. Población y muestra

Población

La población de estudio comprende 160 embarazadas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil derivadas de las unidades de primer y segundo nivel de atención.

Muestra

Un total de 80 embarazadas que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil de julio a septiembre del 2020.

6.4. Tipo de muestreo

Por conveniencia con criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres q asisten a controles en la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil
- Mujeres de 15 a 40 años
- Mujeres con diagnóstico de crecimiento intrauterino retardado

Criterios de exclusión

- Mujeres q asisten a otras áreas del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil
- Mujeres mayores de 40 años
- Mujeres con otros diagnósticos durante su embarazo

6.5 Técnicas recolección de datos

Instrumento de medición datos, midiendo en forma cuantitativa los datos obtenidos.

6.6. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó una ficha validada para la recolección de datos de las embarazadas, cuestionario de preguntas cerradas.

6.7. Aspectos éticos

Se elaboró una carta de confidencialidad para el Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil, con el fin de no divulgar, ni proporcionar información facilitada a terceras personas, utilizando este dato por conveniencia personal, además se entregó a cada paciente un consentimiento informado con la misma finalidad.

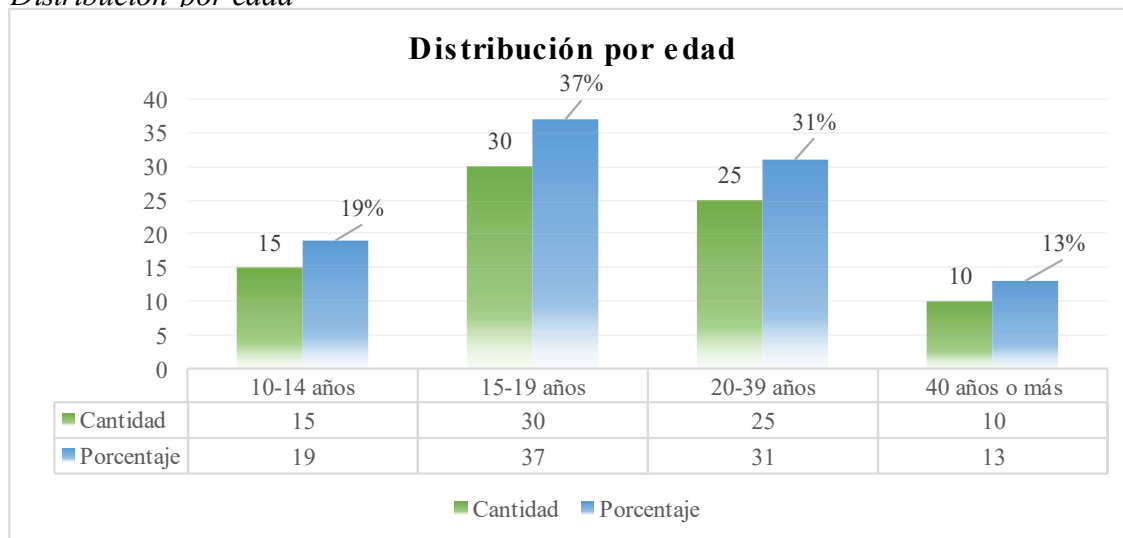
CAPÍTULO IV

7. Presentación de resultados

7.1. Análisis e interpretación de resultados

Gráfico 1

Distribución por edad



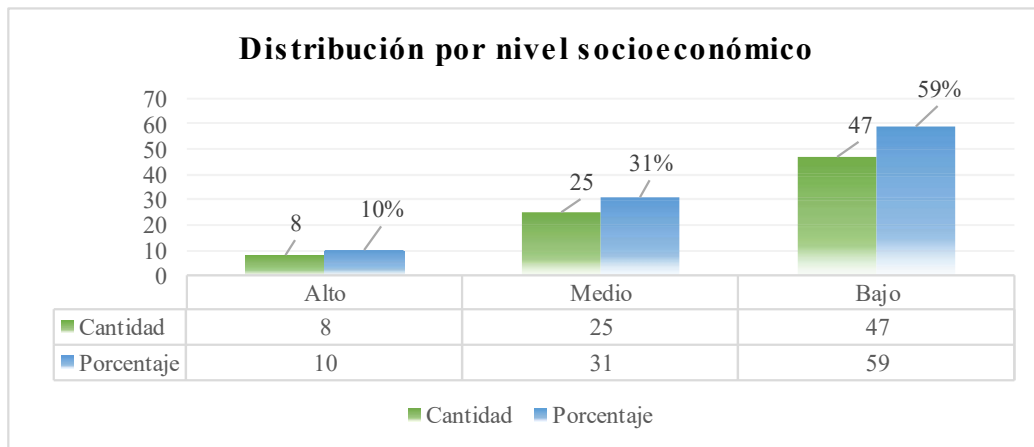
Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil

Se identificaron los principales factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado, donde, la edad que predominó fue en la adolescencia entre los 15 a 19 años con el 37%, debido a la falta de información sobre sexualidad y métodos preventivos en sus hogares, seguido de las adultas jóvenes entre edades de 20 a 39 años con del 31%, mientras el 19% se dio en niñas de 10 a 14 años, por otra parte, con un 13% se encontraron mujeres adultas con más de 40 años, como lo dijo (De La Cruz, 2016), en su investigación existió una prevalencia de crecimiento intrauterino retardado en adolescentes cerca de un 72% similar a los datos obtenidos en este estudio.

Gráfico 2

Distribución por nivel socioeconómico



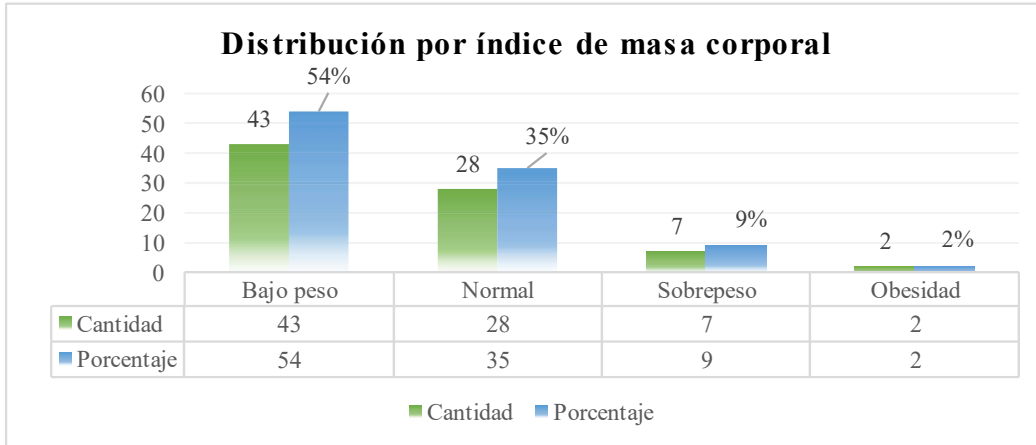
Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil

La aparición del crecimiento intrauterino retardado aparece por múltiples factores, del cual, el nivel socioeconómico influye mucho en el desarrollo del crecimiento intrauterino retardado, donde, el 59% las usuarias afectadas se encontraban con un nivel socioeconómico bajo, motivo por el que las gestantes no tienen los recursos necesarios para asistir a los establecimientos de salud, seguido del 31% que tenían una economía estable, mientras que el 10% se encontraban en un nivel económico alto, tal como lo indica (Varela Insuaste, 2019) que estudió la prevalencia del nivel socioeconómico y su influencia dentro de la restricción del crecimiento intrauterino retardado, donde, más del 70% de la población estudiada se encontraba con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Gráfico 3

Distribución por índice de masa corporal



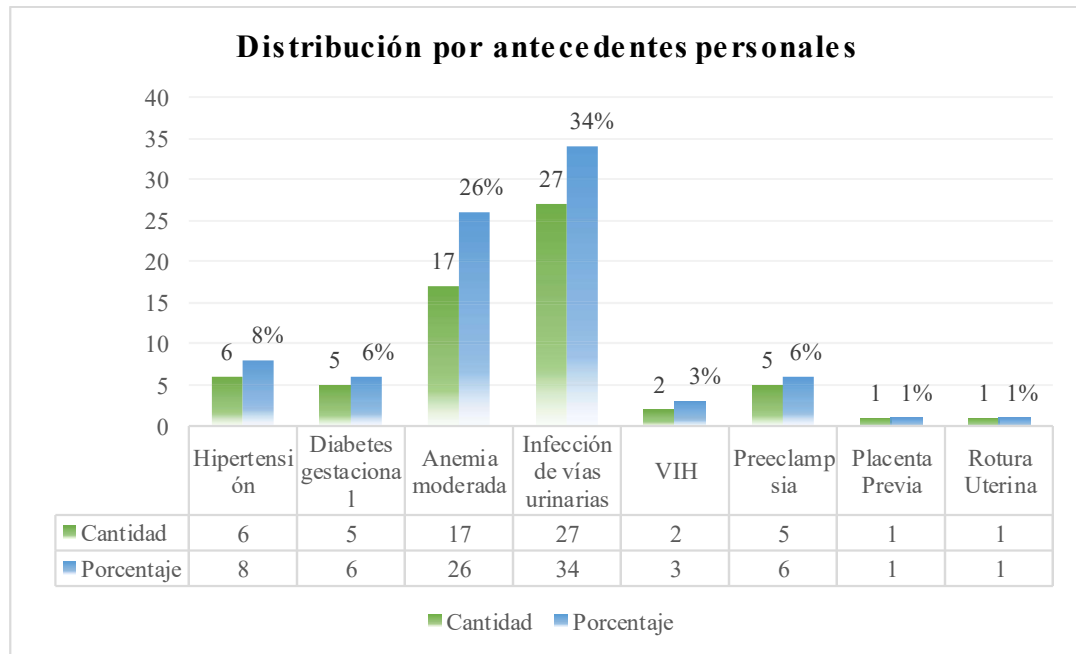
Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil

En el gráfico 3 indica que el índice de masa corporal es un factor relevante en la aparición del crecimiento intrauterino retardado demostrando que un 54% de las gestantes presentaron bajo peso durante la gestación, ya que por su bajo nivel socioeconómico no mantienen una buena alimentación durante su embarazo, mientras el 35% mantuvo en su peso normal, seguido del 9% que reflejaron tener sobrepeso y el 2% obesidad. Similar al estudio realizado por (Limas & Sarasa, 2019) donde indicó la importancia de controlar el índice de masa corporal para la detección de crecimiento intrauterino retardado a tiempo, con datos estadísticos del 91,4% de la población estudiada presentó bajo peso durante el embarazo.

Gráfico 4

Distribución por antecedentes personales



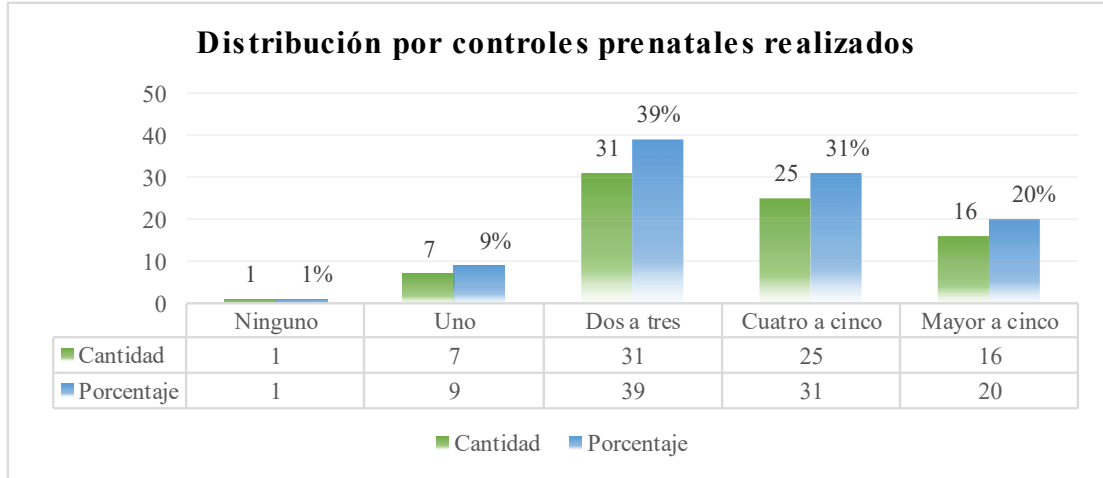
Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil

En cuanto a los antecedentes personales durante la gestación se encontraron las infecciones de vías urinarias presentadas por un 34% de la población estudiada, esta patología se da en la mayoría de gestantes ya que durante el embarazo ocurren cambios fisiológicos aumentando el riesgo de padecer IVU, seguido por cuadros anémicos moderados con el 26%, mientras que con porcentajes menores se encontraban los antecedentes con hipertensión arterial con 8%, diabetes gestacional y preeclampsia con el 6% además el 3% corresponde a gestantes con VIH, el 1% pertenece a placenta previa y rotura uterina; tal y como lo estudio (Jaramillo, 2017) donde se enfocó en los antecedentes patológicos personales que poseían las mujeres con crecimiento intrauterino retardado, en el cual, las mujeres durante su gestación presentaron un alto índice de infecciones de vías urinarias.

Gráfico 5

Distribución por controles prenatales realizados



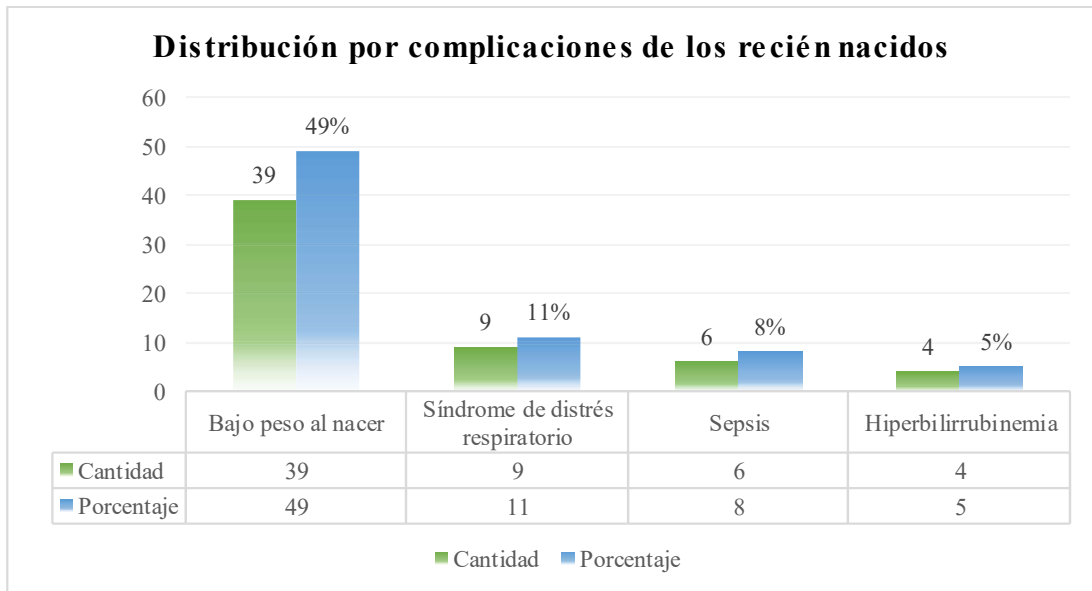
Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil

Mediante el gráfico 5 se evidenció que el 39% de gestantes acudieron a los controles prenatales dos a tres veces durante el embarazo indicando que existe desinterés sobre los controles no teniendo en cuenta las complicaciones que pueden padecer durante su gestación, seguido de un 31% que asistieron de cuatro a cinco veces a su cita médica, mientras que el 20% fueron mayor a cinco controles, en porcentajes menores al 9% tuvieron un control y el 1% no asistió a sus citas prenatales; de forma similar como (Pacheco & Pañi, 2015) el cuál indicó que el déficit de controles prenatales dificulta la ganancia de peso gestacional obteniendo resultados de infantes con crecimiento intrauterino retardado.

Gráfico 6

Distribución por complicaciones de los recién nacidos



Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil

Por otra parte, las complicaciones que tuvieron los neonatos un 49% de recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer, ya que sus progenitoras no mantuvieron un peso adecuado durante su embarazo y no asistieron a sus controles prenatales, mientras el 11% tuvieron síndrome de distrés respiratorio, un 6% sepsis neonatal y el 5% hiperbilirrubinemia. Tal como lo indicó (Cabezas & Canchingre, 2018) demostrando que el bajo peso al nacer es una de las primeras complicaciones presentadas en un neonato con 67% que desarrollaron crecimiento intrauterino retardado durante su investigación.

7.2. Comprobación de hipótesis

Los factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado se dan en gestantes adolescentes en un 37%, además son personas con un nivel socioeconómico bajo y el 54% mantienen bajo peso de acuerdo a la edad gestacional, verificando mediante su índice de masa corporal, se comprobó que el 49% de neonatos nacieron con bajo peso por estos factores de riesgo.

7.3. Conclusiones

Se evidenció que existen factores de riesgos biológicos y socioeconómicos que influyen tales como; infecciones de vías urinarias 34%, cuadros anémicos moderados 9%, hipertensión arterial 8%, diabetes gestacional y preclamsia 6%, gestantes con VIH 3%, placenta previa y rotura uterina 1%, los cuales son de suma importancia en la detección precoz de crecimiento intrauterino retardado, debido a que algunos de estos factores pueden ser modificables durante los controles prenatales.

Se encontró que el 39% de gestantes asistieron dos a tres veces a sus respectivos controles prenatales, el cual indica que existe un déficit de conocimiento por parte de las gestantes sobre la importancia y el riesgo, debido a la falta de controles prenatales puesto que aumenta la probabilidad de sufrir complicaciones durante la gestación, principalmente crecimiento intrauterino retardado el cual se origina por el bajo peso de la madre durante la gestación y por ende el recién nacido.

Se comprobó que los neonatos de aquellas embarazadas que no asistieron a los controles prenatales y presentaron anemia moderada, el 49% de los niños con bajo peso al nacer fueron diagnosticados con crecimiento intrauterino retardado a consecuencia de la patología que presentó la madre, a esto se le suma otras complicaciones como el síndrome de distrés respiratorio que afectó al 11% de los recién nacidos, el cual es motivo de ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatal a este porcentaje de infantes afectados.

7.3. Recomendaciones

Al personal de enfermería fortalecer la promoción y prevención de salud mediante programas educativos a las gestantes para dar a conocer los signos y síntomas de riesgo que pueden aparecer durante el embarazo fomentando el vínculo entre el profesional de la salud y la usuaria embarazada, para así disminuir la aparición del crecimiento intrauterino retardado ante la detección temprana de esta patología.

Al equipo multidisciplinario de salud establecer y ejecutar un sistema de programación con el fin de facilitar el acceso a las gestantes para que puedan asistir a sus respectivos controles prenatales principalmente a las que presentan factores de riesgos asociados al crecimiento intrauterino retardado, tales como; madres adolescentes con antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes personales, etc. Asimismo, fomentar a las embarazadas la importancia del diagnóstico precoz y control inmediato en pacientes con crecimiento intrauterino retardado.

Fortalecer el trabajo en equipo entre el personal de salud para buscar métodos estratégicos que logren concientizar a las gestantes que deben mantener un buen estado de salud, valorando el estado nutricional de las embarazadas, acudir a los respectivos controles durante y después del embarazo para reducir la prevalencia de recién nacidos con crecimiento intrauterino retardado.

8. Referencias bibliográficas

Libros

- Álvarez, M., & Arkáute, I. (2004). *Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería*.
- Barrera Reyes, R., & Fernández Carrocera, L. A. (Septiembre de 2015). *Perinatología y Reproducción Humana*. México, México: Elsevier.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (Vol. Tercera Edición). Colombia: Pearson Educación.
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (Vol. Séptima Edición). España: Elsevier.
- Carvajal, J., & Ralph, C. (2018). *Manual de Obstetricia* (IX ed.).
- Código de la Niñez y Adolescencia. (2002). *Código de la Niñez y Adolescencia*.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
- Hernández, R. (2017). *Metodología de la investigación*. México: Interamericana.
- Ley Orgánica de Salud. (2006). *Ley Orgánica de Salud*.
- Plan Nacional de Desarrollo. (2017-2021). *Plan Nacional de Desarrollo-Toda Una Vida*.

Revistas científicas

- Ayerra, A., Barricarte, L., & Rodriguez, S. (2019). Restricción del crecimiento intrauterino: caso clínico detectado por la matrona. *Ocronos-Revista Médica y de Enfermería*, 5. Obtenido de <https://revistamedica.com/restriccion-crecimiento-intrauterino-caso-clinico/#INTRODUCCION-Y-PALABRAS-CLAVE>
- Corona, J. (2016). Apuntes sobre métodos de investigación. *MediSur*, 10. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100016
- Díaz, C., & Rodríguez, A. (2018). Aspectos relevantes de la restricción del crecimiento intrauterino. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*, 52-58.
- Gómez Bravo, M., & Jiménez Vinuesa, N. (8 de Noviembre de 2018). Retardo de crecimiento intrauterino: factores de riesgo. *Parainfo digital*, 2-3. Obtenido de <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e173.pdf>

- Huertas Tacchino, E. (2015). Restricción selectiva del crecimiento intrauterino (RCIU). *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 3-6. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300013&lng=es
- Jiménez-Meléndez, J. (2017). Restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de santander*, 9-12. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v30n3/0121-0319-muis-30-03-00009.pdf>
- Limas, Y., & Sarasa, N. (2019). Efectividad de los indicadores antropométricos para el diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino. *Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 37-47.
- Ochoa Fletes, C., & Hernández Turcios, Y. (2016). Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos de término. *Revista Médica Honduras*, 5-6. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2017/pdf/Vol85-3-4-2017-5.pdf>
- Pimiento Infante, L. M., & Beltrán Avendaño, M. A. (Diciembre de 2015). Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 10-11. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010
- Rodríguez, A., & Pérez, J. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Escuela de Administración de Negocios*, 23.
- Rybertt, T., & Azua, E. (2016). Retardo de crecimiento intrauterino: consecuencias a largo plazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 509-513. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300608>
- Verdugo Muñoz, L. M., Alvarado Llano, J. J., Bastidas Sánchez, B. E., & Ortiz Martínez, R. A. (24 de Febrero de 2015). Prevalencia de restricción de crecimiento intrauterino en el Hospital Universiatrio San José, Popayán (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 5-7. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n1/v66n1a06.pdf>

Sitios web

- American Academy of Family Physicians. (12 de Mayo de 2020). *Familydoctor.org*. Recuperado el 2020, de <https://es.familydoctor.org/condicion/retraso-del-crecimiento-intrauterino/>

- Barrera, C., & Salamea, T. (5 de Octubre de 2017). *Repositorio Universidad del Azuay*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7289/1/13232.pdf>
- Cabezas, B., & Canchingre, K. (2018). *Repositorio Pontífica Universidad Católica Del Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15417/Cabezas%20%26%20Canchingre%202018%20TESIS%20RCIU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cano Aráuz, M. d., & Castellón, J. d. (9 de Noviembre de 2016). *Repositorio Institucional UNAM-Managua*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/3558/>
- Chinguel, A. (03 de Diciembre de 2019). *Scribd*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/438032944/Lydia-Hall-Informe>
- Cotrina Cruz, L. B. (2020). *Repositorio Universidad Nacional de San Martín-Taropoto*. Obtenido de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3710/MED.%20HUM.%20-%20Lucy%20Brydhy%20Cotrina%20Cruz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De La Cruz, J. (2016). *Repositorio Universidad Ricardo Palma*. Obtenido de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/537/Kaway_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Delgado Reguera, J. A. (2019). *Universidad Complutense De Madrid*. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/55613/1/T41147.pdf>
- Hermida Vera, L. N. (2018). *Repositorio Universidad de Guayaquil*. Recuperado el 11 de 08 de 2021, de Repositorio Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31721/1/CD-462-HERMIDA%20VERA.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2018). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censo*. Obtenido de <https://www.ecuadrencifras.gob.ec/inec-difunde-estadisticas-de-recursos-y-actividades-de-salud-2018/>
- Jaramillo, D. (2017). *Repositorio Universidad Nacional de Loja*. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19448/1/TESIS%20DANIEL%20JARAMILLO.pdf>
- KidsHealth. (11 de Enero de 2016). *FAROS*. Obtenido de <https://faros.hsjobcn.org/es/articulo/restriccion-crecimiento-intrauterino-definicion-causas-tratamiento>
- Ministerio de Salud. (2019). *Guías de atención de enfermería en gineco obstetricia y perinatología*. Recuperado el 2020, de

http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_de_atencion_de_enfermeria_en_ginecoobstetricia_y_perinatologia_marzo2019.pdf

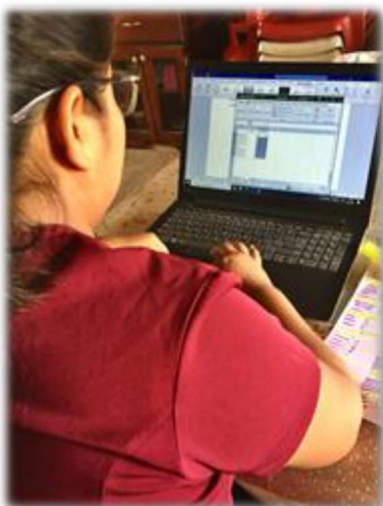
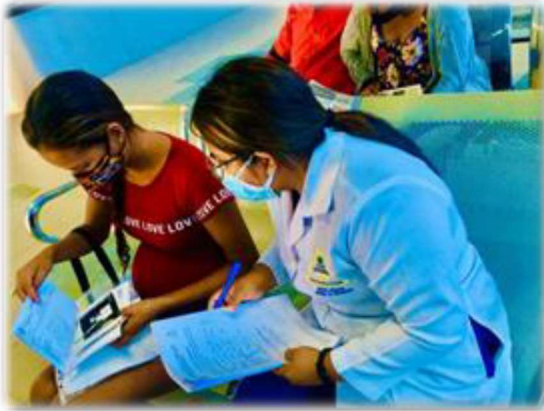
- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2015). Guía de Práctica clínica. *Recién nacido prematuro Guía de Práctica Clínica*. Quito, Quito, Ecuador: Printed in Ecuador. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
- Ordesa. (22 de Febrero de 2016). *Club familias*. Recuperado el 2021, de Club familias: <https://www.clubfamilias.com/es/altura-uterina>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *World Health Organization*. Obtenido de <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/ecuador-low-birth-weight#:~:text=Seg%C3%BAn%20los%20%C3%BAltimos%20datos%20de,n%C3%BAmero%2071%20en%20el%20mundo.>
- Organización Mundial de la Salud. (14 de Junio de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
- Pacheco, D., & Pañi, D. (2015). *Repositorio Universidad de Cuenca*. Obtenido de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23070/1/TESSISS.pdf>
- Pérez Valdés, D., Castro Pérez, I., González Salvat, M., Riverón Cobo, A. M., & Fernández Gómez, J. (16 de Junio de 2015). *InfoMed*. Obtenido de <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/1/1>
- Pérez, K., & Yuquilema, M. (Septiembre de 2018). *Repositorio Universidad Estatal de Milagro*. Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4207/1/FACTORES%20QUE%20INCIDEN%20EN%20LA%20FALTA%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL%20EN%20GESTANTES%20%281%29.pdf>
- Saldaña, J. (2018). *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa*. Obtenido de http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8310/MDDsadijl2.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2Yyannj8t7UnLja6p5EvMbnSEKXRFUS8NK4_67ClyNK1gLoxaYvuZxOds
- Sharma, D., Farahbakhsh, N., Shaatri, S., & Padeep, S. (Diciembre de 2016). *PubMed.gov*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26979578/>
- Stanford children's health. (2017). *Stanford children's health*. Obtenido de <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=fetalgrowthrestrictionfgr-90-P05572>

Tafur Méndez, K. V. (29 de Mayo de 2017). *Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego* . Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2718/1/RE_MED.HUMA_KARL_A.TAFUR_BAJO.PESO.PREGESTACIONAL_DATOS.PDF

Varela Insuaste, J. A. (28 de Febrero de 2019). *Repositorio Universidad de Guayaquil*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/41881/1/CD%20610-%20VARELA%20INSUASTE%20JENNIFFER%20ANNABELLE.pdf>

9. Anexos

Anexo 1: Evidencia fotográfica



Anexo 2: Instrumento



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



ENCUESTA DIRIGIDA A EMBARAZADAS

Objetivo: Identificar los factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado en las embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico de Guayaquil 2020.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

Edad.

10 – 14 años: 15 – 19 años: 20 – 39 años: 40 años o más:

Estado civil

Soltera: Casada: Divorciada: Viuda: Unida:

Ocupación.

Ama de casa: Estudiante: Otro: _____

Nivel socioeconómico.

Alto: Mediano: Bajo:

INFORMACIÓN GINECO OBSTÉTRICA:

Número de gestaciones

Número de hijos vivos

Semanas de gestación _____ SG

Peso pregestacional _____ Kg Talla _____ cm IMC _____ Kg

Presión arterial _____ mmHg

Antecedentes de hijos con bajo peso al nacer

Si:

No:

CONTROL PRENATAL

¿Durante su embarazo a cuantos controles prenatales ha asistido usted?

Uno: Dos: Tres:

Cuatro: ≥ a cinco: Ninguno:

¿Toma usted algunos de los siguientes suplementos vitamínicos?

Ácido fólico: Si No

Calcio:

Hierro + Ácido fólico:

Multivitaminas y minerales:

Ninguno

ANTECEDENTES PERSONALES

Padece alguna de estas patologías durante su embarazo

Hipertensión Si No

Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia moderada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de vías urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela Zoster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preeclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo ectópico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placenta previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotura Uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÁBITOS ALIMENTICIOS

¿En su embarazo cuantas comidas consume usted a día?

Tres: Cuatro: ≥ a cinco:

¿Con que frecuencia usted consume los siguientes alimentos?

	Diario	2 veces por semana	≥ a 3 veces a la semana
Lácteos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legumbres:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HÁBITOS TÓXICOS

	Si	No	A veces
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Parto: Eutócico Cesárea
 Nº de Productos: Único Múltiple
 Sexo del recién nacido: Femenino Masculino

Edad gestacional: ____ semanas Peso ____ Kg Talla ____ cm Perímetro cefálico: ____ cm

APGAR: Al minuto A los 5 minutos

Complicaciones del recién nacido:

	Si	No
Síndrome De Distrés Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Policitemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enterocolitis necrotizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipocalcemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiperbilirrubinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

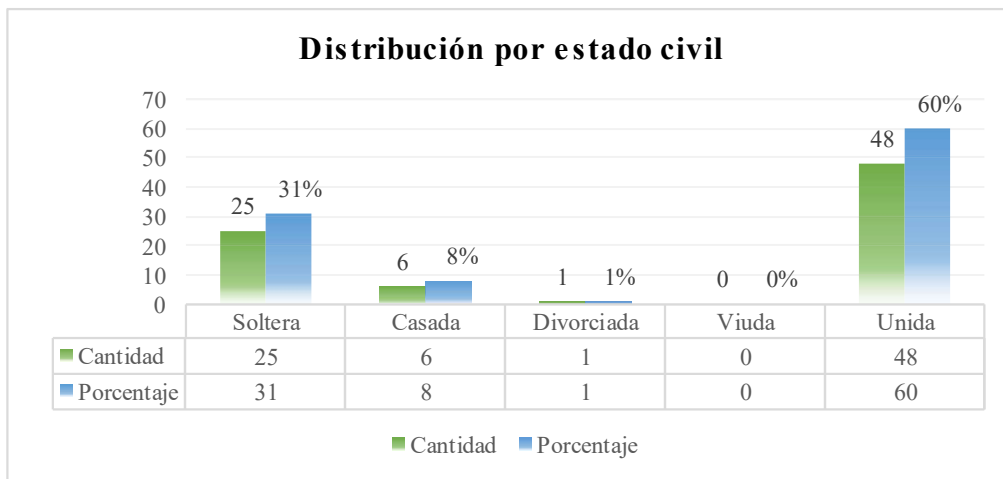
Obtenido de:

http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8310/MDDsadijl2.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2Yyannj8t7UnLja6p5EvMbnSEKXRFUS8NK4_67ClYNK1gL_oxaYvuZxOds

Validado por: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, facultad de medicina.

Anexo 3: Análisis e interpretación de datos

Gráfico 7: Distribución por estado civil

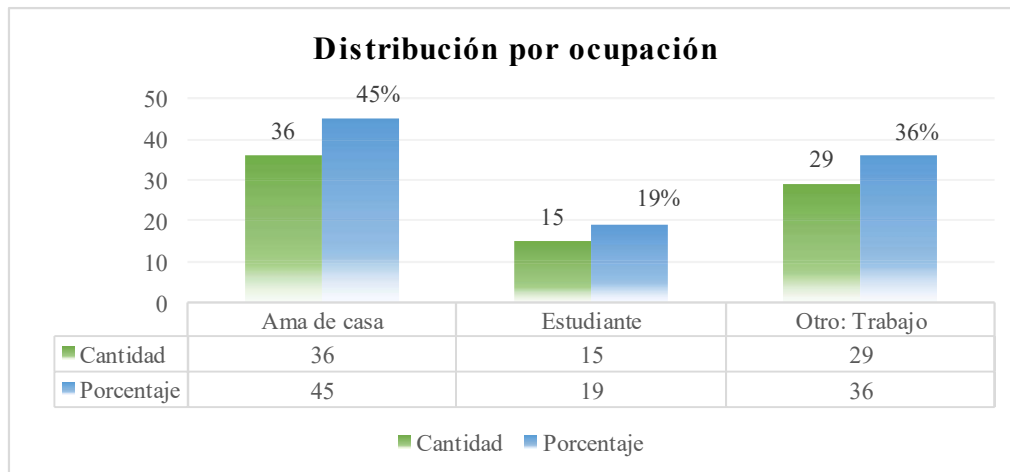


Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil

Mediante el gráfico 7, se identificó que el estado civil de las gestantes unidas es del 48%, seguido de las solteras con el 31%, en porcentajes menores se encontraron casadas con 8%, divorciadas con el 1% y viuda 0%.

Gráfico 8: Distribución por ocupación

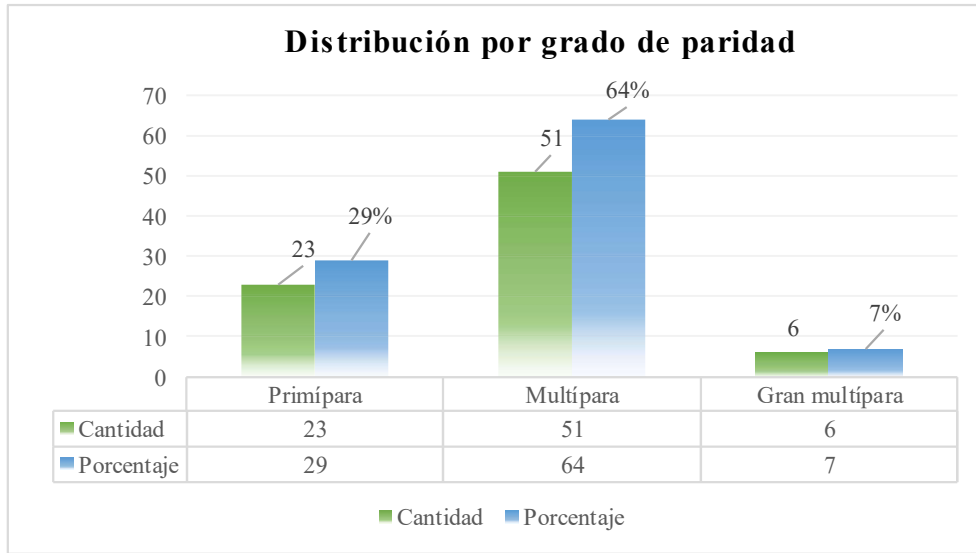


Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil

Según el gráfico 8, se comprobó que el 45% de gestantes es ama de casa, el 19% son estudiantes y el 36% trabajan.

Gráfico 9: *Distribución por grado de paridad*

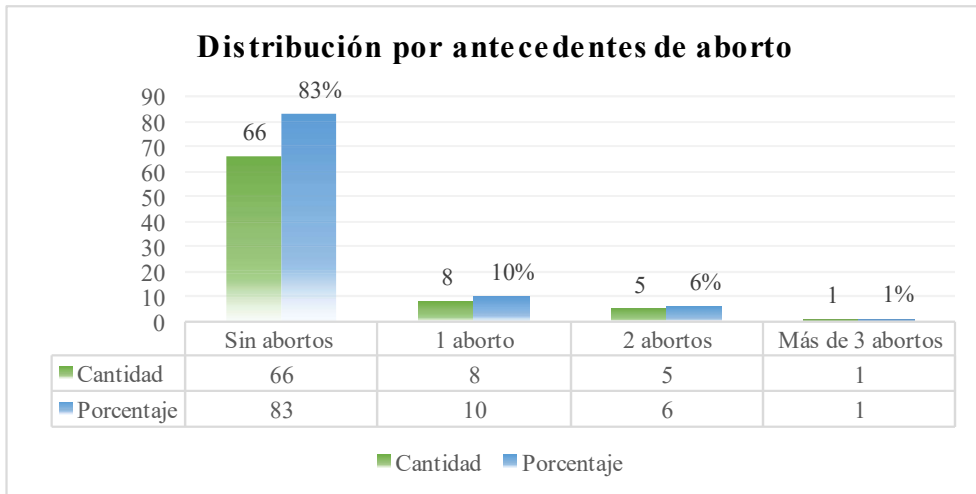


Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil

En el gráfico 9, se evidenció según el grado de paridad que el 64% son multíparas, el 29% primíparas y en menor porcentaje gran multípara con el 7%.

Gráfico 10: *Distribución por antecedentes de aborto*

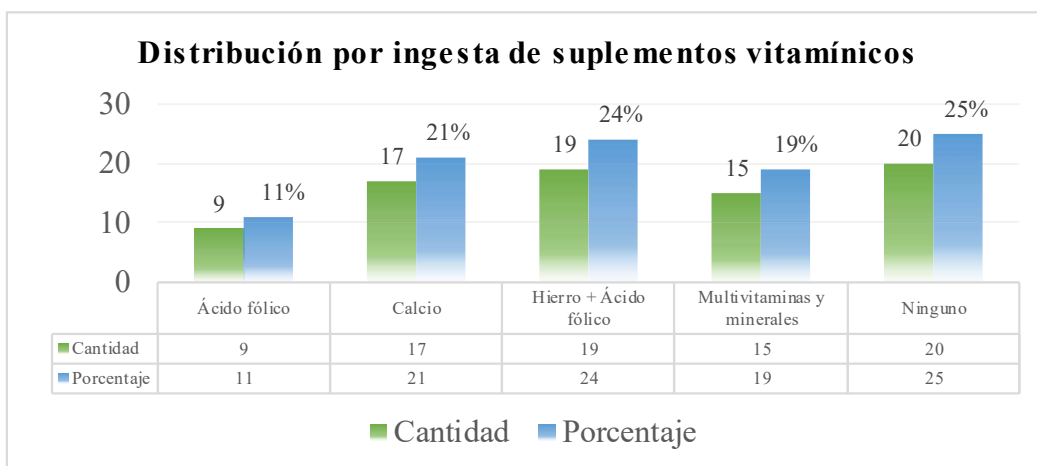


Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil

Por otro lado, en el gráfico 10 se comprobó que según los antecedentes de aborto el 83% no han presentado aborto, el 10% han tenido 1 aborto, con el 6% han presentado 2 abortos y con el 1% más de 3 abortos.

Gráfico 11: Distribución por ingesta de suplementos vitamínicos

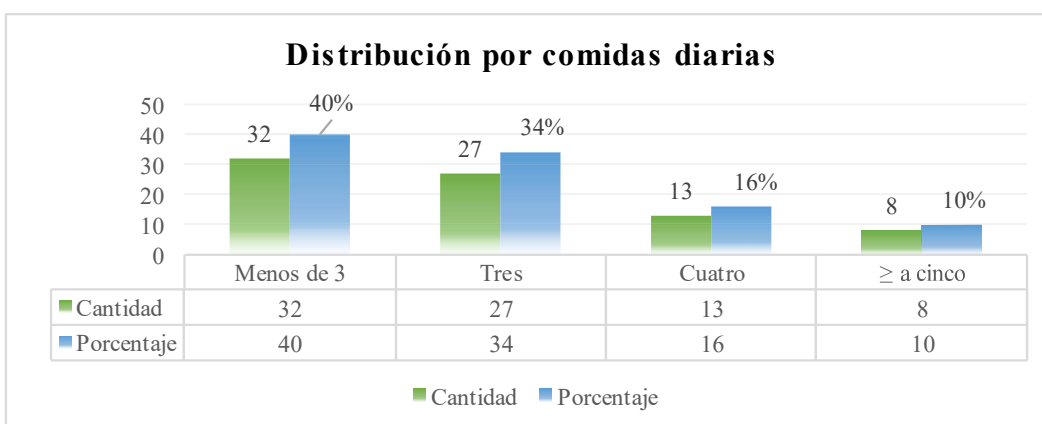


Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil

Mediante el gráfico 11, según la ingesta de suplementos vitamínicos de las gestantes, el 25% no ingirieron, el 24% tomaron hierro + ácido fólico, el 21% calcio, con un 19% multivitaminas y minerales y con el 11% ácido fólico.

Gráfico 12: Distribución por comidas diarias



Elaborado por: Pibaque Suárez Dayra Ximena

Fuente: Hospital Gineco Obstétrico Universitario de Guayaquil

En el gráfico 12, según ingesta de comidas diarias se evidenció que el 40% consume menos de 3 comidas diarias, seguido del 34% que comen tres veces al día, en cantidades menores consumen cuatro comidas en el día con el 16% y mayor a cinco comidas el 10%.

Anexo 4: Autorización de la carrera de enfermería



Facultad de
Ciencias Sociales y de la Salud
Enfermería

Oficio N° 122 -CE-UPSE-2021

La Libertad, 5 de marzo de 2021

Señor Doctor

Franklin Edmundo Encalada Calero, Msc.

GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

En su despacho.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de parte de quienes conformamos la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

La presente es para comunicar a usted que, en sesión de Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, fue aprobado el tema para el desarrollo del trabajo de investigación previa a la obtención al título de Licenciada en Enfermería la estudiante:

N°	TÍTULO	ESTUDIANTES	
		NOMBRE	CEDULA
1	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS FACTORES DE RIESGOS MATERNOS QUE INDUCEN AL CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO. CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO Y PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL 2020	PIBAQUE SUÁREZ DAYRA XIMENA	0928193614

Por lo antes expuesto, solicito a usted se sirva autorizar el ingreso a las áreas correspondiente y levantamiento de información dentro de la Institución a la cual usted dignamente representa, a fin de desarrollar el trabajo de investigación antes indicado.

Por la atención que se sirvan brindar a la presente, reitero a ustedes mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD.

DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA

ACM/arg

Somos lo que el mundo necesita

Anexo 5: Autorización por parte de docencia del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CZ8S – Hospital Universitario de Guayaquil
Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2021-0067-M

Guayaquil, 10 de marzo de 2021

PARA: Dayra Ximena Pibaque Suarez

Sra. Ing. Verónica Noemi Suárez Velastegui
Responsable de la Gestión de Admisiones y Estadística del Hospital
Universitario de Guayaquil

ASUNTO: SOLICITUD DEL INVESTIGADOR IRE DAYRA PIBAQUE SUAREZ.

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ8S-HUG-GERENCIA-2021-0174-E

Solicitud de la investigadora: IRM. Pibaque Suárez Dayra Ximena, se autoriza a realizar investigación previamente aprobada con el tema: "Intervenciones de enfermería en los factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado. Consulta externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico Universitario de Guayaquil 2020", por lo que se solicita a las áreas relacionadas brinden las facilidades para que se desarrolle la investigación, por tal se solicita al Responsable de la Gestión de Estadísticas y Admisión, socializar con su personal a cargo para que se le facilite toda la información pertinente de acuerdo a las necesidades requeridas, con los CIE – 10: N39 – O09 – O13 – O24 – O24.4 – O42.92 – O94 – O98 – O98.7 – O99.31 desde el periodo julio 2020 a Noviembre 2020.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Giomar Rebeca Viteri Gomez
RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DOCENCIA E INVESTIGACION DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

Referencias:
- MSP-CZ8S-HUG-GERENCIA-2021-0174-E



Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2021-0067-M

Guayaquil, 10 de marzo de 2021

Anexos:

- img-210309075350.pdf

Copia:

Sra. Mgs. Fátima Victoria Feraud Ibarra

Directora Asistencial del Hospital Universitario de Guayaquil



Anexo 6: Carta de confidencialidad

Guayaquil, 10 de Marzo del 2021

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

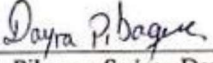
Estimado
Dr. Franklin Encalada Calero
Gerente del Hospital Universitario de Guayaquil

En su despacho:

Por medio de la presente, yo Pibaque Suárez Dayra Ximena portador/a de la Cédula de Identidad 092819361-4 ciudadano/a mayor de edad y en plena facultades mentales, me comprometo con esta casa de salud a no divulgar, ni utilizar en mi conveniencia personal la distinta información facilitada por el establecimiento, no proporcionaré a otras personas o instituciones ni de manera verbal, ni escrita, ya sea directa o indirectamente información sobre la identidad de los pacientes ni información alguna que pueda perjudicar los intereses de este nosocomio, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegará investigación realizada.

En constancia de mi compromiso firmo el presente documento.

Atentamente,



IRE. Pibaque Suárez Dayra Ximena
C.I. 092819361-4

Anexo 7: Certificado antiplagio



Universidad Estatal
Península de Santa Elena



Biblioteca General

La Libertad, 07 abril del 2021

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR CJSJ 2021

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado: **Intervenciones de Enfermería en los factores de riesgos maternos que inducen al crecimiento intrauterino retardado. Consulta Externa del Hospital Gineco Obstétrico y Pediátrico de Guayaquil 2020.** elaborado por el(a) estudiante **Pibaque Suárez Dayra Ximena** C.I. 0928193614 egresado(a) de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado/a en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto ejecutado, se encuentra con **2%** de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,


Saavedra Alvarado Carlos
ENFERMERO PROFESIONAL

Lic. Saavedra Alvarado Carlos Julio, Mgs.

C.I.: 1204407546

DOCENTE TUTOR

Biblioteca General

Vía La Libertad - Santa Elena
Correo: biblioteca@upse.edu.ec
Teléfono: 042781738 ext. 136

Recibidos - saavedracarlosupse@ x Inicio - OURIGINAL x D100907557 - PIBAQUE SUAR

secure.orkund.com/old/view/96286423-975682-117381#q1bKLVayijbUMdIxtVRKs5Mz8

URKUND

Document [PIBAQUE SUAREZ DAYRA. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS FACTORES DE RIESGOS MATERNOS QUE INDUCEN AL CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO. CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO Y PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO D.docx \(D100907557\)](#)

Submitted 2021-04-07 12:59 (-05:00)

Submitted by dayra.pibaque@hotmail.com

Receiver csaavedra.upse@analysis.orkund.com

2% of this approx. 9 pages long document consists of text present in 3 sources.

nutrición, incentivando al abandono de ciertos hábitos tóxicos como el consumo de tabaco, alcohol o sustancias psicotrópicas, porque pueden llegar a tener un impacto fuerte en el desarrollo y crecimiento fetal.

La CITATION Org19 \l 3082 (Organización Mundial de la Salud, 2019) y sus asociados coinciden en que un principio fundamental de la labor de protección de salud de la madre, el recién nacido y el niño es el acceso

80% #1 Active

que comienza con la atención a la madre mucho antes del embarazo y continúa durante el embarazo y el parto.

Fuentes de similitud

Sources Highlights CARLOS JULIO SAAVEDRA ALVARADO (csaavedra)

Rank	Path/Filename	
1	http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11198/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-475.pdf	<input checked="" type="checkbox"/>
2	http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/123456789/2720/1/Sotomayor%20Orellana%20Mario.pdf	<input checked="" type="checkbox"/>
3	TESIS urkup.docx	<input checked="" type="checkbox"/>

Alternative sources

Sources not used

0 Warnings Reset Export Share

External source: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11198/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-475...> 80%

que empieza con la atención a la madre mucho antes del embarazo (durante su niñez y adolescencia) y continúa durante el embarazo y el parto.