



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROYECTO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

TÍTULO DEL PROYECTO

**FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD NEONATAL EN
EL HOSPITAL DR. LEÓN BECERRA CAMACHO, CANTÓN MILAGRO, 2014-
2017**

Autor(a):

MD. SAMPEDRO MERCHÁN CARLA MARCELA

TUTOR:

DR. WILMAN BALCAZAR QUIMÍ,

PEDIATRIA- NEONATOLOGO

MILAGRO, JUNIO DEL 2019

ECUADOR

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por la Srta. **CARLA MARCELA SAMPEDRO MERCHÁN**, para optar al título de Magister Salud Pública Ciencias de la Educación y que acepto las tutorías a la estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación. Milagro, a los 12 días del mes de junio del 2017

Nombre



DR. WILMAN EDUARDO BALCAZAR QUIMI
PEDIATRA-NEONATÓLOGO
C.I.0910982099

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Consejo Directivo de la Unidad de Postgrado y Educación Continua de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 28 días del mes de junio de 2019



MD. CARLA MARCELA SAMPEDRO MERCHÁN
CI: 0922859137

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[56]
DEFENSA ORAL	[38.33]
TOTAL	[94.33]
EQUIVALENTE	[M.B.]


DRA. MARLENE ELIZABETH SANCHEZ MATA, MSc
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL


DR. WILMAN EDUARDO BALCÁZAR QUIMÍ, Eps
PROFESOR DELEGADO


DR. ERNESTO IVÁN TORRES TERÁN, MSc
PROFESOR SECRETARIO

DEDICATORIA

A DIOS por la oportunidad de vivir, por consolar mi corazón, acogerme bajo su manto, ser mi mejor amigo y mi fortaleza para superar cada prueba en mi vida.

A MIS MAMÁS Rosa Judith y Rosa Irlanda, seres maravillosos que me han dado la vida, por sus enseñanzas, por colocarme en el mejor camino, por creer en mí, por darme fuerza para levantarme cuando lo necesitaba cada día, gracias por su amor incondicional, por la confianza, el que hayan estado conmigo siempre a pesar de la distancia y los sacrificios. Sin su apoyo no estaría aquí, ni sería quien soy ahora, mi corazón late impulsado por su amor, ¡siempre estaré agradecida con Dios por nacer de ustedes! y si volviera a nacer desearía fervientemente volver a tenerlas, su ejemplo ha contribuido en parte importante a ser lo que soy.

A MIS HERMANOS, mis victorias siempre serán tuyas también, ¡el lazo que nos une será inquebrantable! Gracias por compartir las alegrías, las penas y por siempre tener palabras de aliento, somos como las ramas de un árbol, crecemos en diferentes direcciones, pero nuestras raíces son una, siempre serán parte esencial de mi vida, ¡los amo mucho!

A MI FAMILIA por ser la mejor familia que me pudo haber tocado, ¡son parte de mi tesoro! Gracias por su amor y comprensión

A MI TUTOR con mucho cariño, que sin él no hubiera sido posible realizar este trabajo investigativo, sin su dedicación y apoyo oportuno de su guía, Por haber aportado con un granito de arena a mi formación, por sus consejos, que ayudan a formarte como persona, gracias Dr. Wilman Balcázar Quimí, por ser mi principal inspiración de seguir adelante y por estar pendientes siempre de mí.

Carla marcela

AGRADECIMIENTO

EN PRIMER lugar, doy gracias a DIOS nuestro ser supremo por darme la vida, por una oportunidad más de poder servirle, por ser mi guía, ser mi consuelo y bastón, porque sin él no sería nada.

A MIS MADRES que han sido mis pilares fundamentales en mi vida, quienes me brindan su amor incondicional a pesar que ya no están, el apoyo que me brindaron para poder cumplir esta meta que no ha sido fácil, pero ha valido la pena.

A MI FAMILIA y seres amados que contribuyeron con su apoyo sin condiciones, que desde la distancia me dieron ánimo.

A MI TUTOR de trabajo de titulación, quien, con su experiencia como docente catedrático, ha sido mi mayor apoyo incondicional, mi guía, por su dedicación y su tiempo, para que este anhelo llegue a ser felizmente culminada.

Al Hospital Dr. León Becerra Camacho y la Universidad Estatal De Milagro, y la Unidad de Postgrado y Educación Continua, por permitir la realización del presente estudio, por abrirme sus puertas y a la vez permitir cumplir mi meta de obtener mi título cuarto nivel

Carla marcela


CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Ing. Fabricio Guevara Viejó, PhD.
Rector de la Universidad Estatal de Milagro
Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema es **FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. LEÓN BECERRA CAMACHO DEL CANTÓN MILAGRO 2014-2017**

y que corresponde a la Unidad de Postgrado y Educación Continua.

Milagro, 28 de junio del 2019


MD. CARLA MARCELA SAMPEDRO MERCHÁN
CI: 0922859137

INDICE	
RESUMEN	XIII
ABSTRAC	XIV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	4
EL PROBLEMA	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. OBJETIVOS.....	11
1.3. JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II.....	14
MARCO REFERENCIAL.....	14
2.1. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1.2. Antecedentes Referenciales	18
2.2 MARCO CONCEPTUAL	20
2.3 MARCO LEGAL.....	32
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES	33
2.4.1 Hipótesis General	33
2.4.2 Hipótesis Particulares	33
2.4.3 Declaración de Variables	33
2.4.4 Operacionalización de las Variables.....	34
CAPÍTULO III	43
MARCO METODOLÓGICO	43
3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	43

3.2	LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA	44
3.3	LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS.....	45
3.4	EL TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	45
CAPÍTULO IV.....		45
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		46
4.1.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	46
Características sociodemográficas de las madres de los neonatos fallecidos en el Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017		46
4.2	ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS 68	
4.3	RESULTADOS	71
CAPÍTULO V		74
5.1	TEMA	74
5.2	FUNDAMENTACIÓN	74
5.3	JUSTIFICACIÓN	75
5.4	OBJETIVOS.....	76
5.5	UBICACIÓN	76
5.6	FACTIBILIDAD	76
5.7	DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	77
5.8	ACTIVIDADES.....	77
5.9	RECURSOS, ANÁLISIS FINANCIERO	78
5.10	IMPACTO.....	78
5.11	CRONOGRAMA	79
5.12	LINEAMIENTO PARA EVALUAR LA PROPUESTA	80
CONCLUSIONES		81

RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	85
Trabajos citados.....	85
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE CUADROS

Tabla 1. DECLARACIÓN DE VARIABLES	34
Tabla 2. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la edad materna	46
Tabla 3. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta su residencia	47
Tabla 4. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el grado instrucción	48
Tabla 5. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la ocupación.....	49
Tabla 6. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el estado civil	50
Tabla 7. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los antecedentes personales de la madre	51
Tabla 8. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el número de controles prenatales	52
Tabla 9. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el tipo de parto	53
Tabla 10. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el número de gestaciones.....	54
Tabla 11. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el periodo intergenésico	55
Tabla 12. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los factores de riesgo obstétricos	56
Tabla 13. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los Factores de Riesgo Fetales	57
Tabla 14. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta genero	58
Tabla 15. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta Edad Gestacional	59
Tabla 16. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el Peso al nacer	60
Tabla 17. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta APGAR al nacer	61
Tabla 18. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la Reanimación Neonatal	62
Tabla 19. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta según el tipo Reanimación Neonatal.....	63
Tabla 20. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el plan terapéutico posterior al nacimiento	64

Tabla 21. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta las enfermedades más frecuentes que conllevan a la muerte neonatal.....	65
Tabla 22. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta las comorbilidades más frecuentes que produce la muerte de los recién nacido en servicios de neonatología	66
Tabla 23. Hipótesis y verificación de los resultados de la investigación	73
Tabla 24. Cronograma de las actividades propuestas	79

RESUMEN

La UNICEF refiere que 2.9 millones de niños mueren, en el mundo en el primer mes de vida, según la OMS, la mortalidad infantil ha disminuido, pero no la neonatal. La mortalidad neonatal se asocia a muchos factores, por lo que es necesario identificarlos con el propósito de reducir su incidencia. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo que inciden en el evento. Se utilizó un diseño transversal, retrospectivo, descriptivo, y cuantitativo, la población seleccionada fue neonatos que fallecen en los servicios de neonatología del Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017. Los Resultados dejan como conclusiones que de los 75 neonatos fallecidos, el mayor porcentaje es el sexo masculino, de madres con edades entre 13 y 15 años, que el 52% residen en zona urbana, de instrucción secundaria incompleta y dedicadas a las labores del hogar. Como características Maternas encontramos que la mayoría, fueron secundigestas, el 57,33% con controles mínimos, el 73,33% fue por parto vaginal. Las características Obstétricas encontradas revelan que el 60% tuvieron menos de 1-2 años de periodo intergenésico, el 100% presentaron Infecciones de vías Urinarias, 44% tuvieron Ruptura Prematura de Membrana, y desproporción cefálica con traumas obstétricas en un 33,33%. Como factores neonatales y fetales tenemos que el 52% fueron neonatos a Término con peso adecuado para edad gestacional, el 65,3% tuvieron depresión severa, y 44% con sufrimiento fetal, siendo la patología más frecuente la Asfixia en un 51,3% seguido del 44,59% de Prematurez, y las comorbilidades más comunes son la acidosis metabólica en un 86,66%, seguidos de 33,33% con Neumonía congénita, el estudio oferta una propuesta que es fortalecer los protocolos para el manejo de la embarazada, que permitan mejorar la calidad de la atención, favoreciendo al binomio madre hijo.

Palabra clave: mortalidad, a término, neonatal

ABSTRAC

UNICEF reports that 2.9 million children die, in the world in the first month of life, according to the WHO, infant mortality has declined, but not neonatal. Neonatal mortality is associated with many factors, which is why it is necessary to identify them in order to reduce their incidence. The objective of this study is to identify the risk factors that affect the event. A cross-sectional, retrospective, descriptive, and quantitative design was used; the selected population was neonates who died in the neonatology services of the Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017. The results show that of the 75 deceased neonates, the highest percentage is the male sex, of mothers with ages between 13 and 15 years, that 52% reside in urban areas, of incomplete secondary education and dedicated to housework. As maternal characteristics we found that the majority were secondary, 57.33% with minimal controls, 73.33% were vaginal delivery. The Obstetric characteristics found reveal that 60% had less than 1-2 years of intergenetic period, 100% presented Urinary Tract Infections, 44% had Premature Membrane Rupture, and cephalic disproportion with obstetric traumas in 33.33%. As neonatal and fetal factors we have that 52% were Term neonates with adequate weight for gestational age, and 65.3% had severe depression, and 44% with fetal distress, the most frequent pathology being Asphyxia in 51.3%. % followed by 44.59% of Prematurity, and the most common comorbidities are metabolic acidosis in 86.66%, followed by 33.33% with congenital pneumonia, the study offers a proposal that is to strengthen the protocols for the management of the pregnant woman, that allow to improve the quality of the attention, favoring the binomial mother son

Keyword: mortality, term, neonat

INTRODUCCIÓN

Este estudio se realizó en el cantón Milagro en el Hospital Dr. León Becerra Camacho, es de importancia para la salud pública, conocer sobre la mortalidad neonatal, afrontar que aún existen índices altos en el mundo y debemos decir que el Ecuador no es la excepción, ya que aún existe incidencias de estas muertes en las aéreas de neonatología, pudiendo ser prevenibles. Nos indagamos, qué está pasando en nuestras unidades hospitalarias, que acciones toman nuestros profesionales en momento del parto, o se está minimizando las captaciones de los embarazos en los centros de salud.

La mortalidad neonatal se refleja como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia e interés en el mundo, se define como: la muerte ocurrida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida y es un indicador que muestra el riesgo de fallecer o la expectativa de vida de un recién nacido durante sus primeros 28 días de vida. (Tang P., González, Lugo, Medina, & Mendoza, 2015). En el capítulo I, mencionamos en la actualidad a nivel mundial, que es una prioridad de salud pública las muertes neonatales, y sigue siendo una complicación, ya sea a nivel nacional e internacional.

Es obligatorio saber reconocer con exactitud cuáles son los factores de riesgos que producen estos desenlaces, a pesar, que una de las metas es de disminuir la morbimortalidad neonatal, sigue habiendo estas muertes. El planteamiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha sabido concientizar el problema a nivel mundial, y con el paso de los años también han disminuido considerablemente estas muertes, pero aun a pesar de los esfuerzos, siguen los fallecimientos, y va en aumento.

Esto evidencia en las distintas unidades hospitalarias a nivel nacional, el problema es que no existe datos estadísticos sólidos que puedan confirmar los factores de riesgo que ocasionan estos desenlaces, se siguen realizando estrategias de diferentes formas para disminuir esta mortalidad, pero no ha sido suficiente y menos cumplir con este objetivo.

El tema de investigación es de gran relevancia, para conocer qué está pasando internamente en las unidades hospitalarias y que se hace al respecto para reducir estas muertes, la realidad de nuestro medio es que no se han identificado verdaderamente la casuística de los factores de riesgo, los cuales se cree que se minimizan en algunas instituciones, y al no tener un estudio que logre verificar que estas muertes podían haber sido prevenibles, no se lograra cambiar el panorama.

Por lo que realizar un estudio descriptivo sobre la problemática, nos ayudaría al control, a la prevención y disminución de las tasas de mortalidad en los diferentes servicios de neonatología. El marco referencial esta descrito detalladamente en el capítulo II, empezando con los antecedentes históricos, sobre la evolución a través del tiempo del cuidado del recién nacido y de sus enfermedades.

Describimos donde apareció la primera incubadora, luego la Dra. Virginia Apgar implemento el puntaje del bienestar del recién nacido, donde define la muerte neonatal por la OMS, los logros realizados con el paso de los años, además de diferentes estudios similares realizados en a nivel nacional e internacional, que servirá como análisis comparativo de la investigación, donde se enmarca los diferentes criterios.

Para nuestro estudio se hace énfasis en las definiciones de cada factor de riesgo que conllevan a una muerte neonatal, enfocándonos en lo sociodemográficos, los factores maternos- obstétricos, fetales y neonatales. Realizando un análisis de los resultados, comparándolas con otros estudios, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo que conllevan a estas muertes y Fortalecer el desarrollo de los protocolos de las Guías Práctica Clínicas, que permita contribuir a la mejoría de la calidad en la atención integral del parto y cuidados del RN en los servicios de ginecología y neonatología.

En Ecuador el año 2014 ocurrieron 1553 muertes neonatales, de las cuales 875 neonatos (57%) fueron de género masculino, y 678 (33%) femenino; de estas muertes 1078 neonatos (69%) fueron muertes neonatales precoces y 367 (34%) ocurrieron durante las primeras 24 horas de hospitalización; la mortalidad tardía fue de 475 neonatos fallecidos (31%). La Tasa de mortalidad neonatal en el Ecuador fue de 8.35 por 1000 nacidos vivos. (INEC, 2014)

Por ello, resulta trascendente el hecho de conocer los principales factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en Hospital Dr. León Becerra Camacho, lo que facilitará conseguir mejorar la atención integral de los recién nacidos, así enfocarnos en la identificación de las complicaciones que pueden tener los neonatos al ingreso al área de neonatología.

En esta Institución de segundo nivel se atiende un promedio 2400 nacimientos por año de ellos 6.4% quedan hospitalizados (153), y el 0.54% fallecen (13) lo que corresponde a un 8.5% del total de ingresos por año de 2900 partos. Lo que representa un punto de partida para establecer estrategias para el mejoramiento de la calidad de los servicios médicos en la atención integral del recién nacido. Se proveerá nuevos datos epidemiológicos locales, determinantes sociales, que puedan tomar en cuenta a la hora de la valoración materna y así disminuir el índice de la mortalidad neonatal.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Problematización

En la actualidad la mortalidad neonatal es una prioridad de los sistemas salud pública, se deben conocer con exactitud cuáles son los factores de riesgo que estamos desestimando y producen estas muertes aun, los ODM han planteado a lo largo del tiempo en disminuir la mortalidad neonatal, la cual ha avanzado en concientizar el problema y considerablemente estas muertes se han reducido, aun así siguen una incidencia elevada de estos fallecimientos, lo alarmante es que van en aumento en distintas unidades hospitalarias a nivel nacional.

Lo que hace analizar porque no existen datos estadísticos reales y solidos que puedan confirmar cuales son los factores de riesgo más relevantes que siguen ocasionando estos desenlaces fatales, se han realizado estrategias de diferentes formas para disminuir la mortalidad, pero no ha sido suficiente en menos cumplir con este objetivo, lo que evidencia que esta investigación es fundamental para saber que está pasando internamente en las unidades hospitalarias y que se hace al respecto para reducir estas muertes.

La realidad de nuestro medio es que no se han identificado verdaderamente datos reales de los factores de riesgo, se minimizan demasiado y al no tener un estudio en el cual se logre verificar una casuística de estas muertes, que podrían ser prevenibles, no se lograra disminuir la tasas de mortalidad neonatal ni cambiar el panorama, por lo que realizar un estudio específico sobre estas muerte ayudaría a la prevención, el control de estos fallecimientos, el poder tomar decisiones oportunas y disminuir estas tasas de mortalidad de los servicios de neonatología.

Alrededor de 15.000 niños y niñas fallecieron diariamente en 2016 antes de cumplir 5 años, de los cuales un 46% murieron durante sus primeros 28 días de vida, según un nuevo informe de las Naciones Unidas. El informe, titulado *Levels and Trends in Child Mortality 2017* (Niveles y Tendencias de la Mortalidad Infantil 2017) revela que, aunque el número de niños que mueren antes de los 5 años se encuentra en un nuevo mínimo 5,6 millones en 2016, en comparación con casi 9,9 millones en 2000, la proporción de menores de 5 años que mueren en la etapa neonatal ha aumentado del 41% al 46% durante el mismo periodo de tiempo. (OMS, 2017)

Según el informe publicado por UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAESA), que componen el Grupo Interinstitucional sobre la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, refiere que 60 millones de niños morirán antes de cumplir 5 años entre 2017 y 2030, la mitad de los RN. La mayoría de las muertes de RN ocurrieron en 2 regiones: Asia meridional (39%) y África subsahariana (38%). La mitad de todas las muertes de RN se registraron en 5 países la India (24%), el Pakistán (10%), Nigeria (9%), República Democrática del Congo (4%) y Etiopía (3%). (OMS, 2017)

El día del nacimiento es posiblemente el momento más peligroso para las madres y los niños. Cada año, en todo el mundo, 303 000 mujeres mueren durante el embarazo o el parto, 2,7 millones de RN mueren durante sus primeros 28 días de vida y 2,6 millones de niños nacen muertos. En la mayoría de los casos, la mortinatalidad y la mortalidad neonatal se pueden evitar con una atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto. (SALUD, 2016) razón por la cual es dicha investigación

En este comunicado refiere que muchas veces no se expiden bien un certificado de defunción o a veces no, por lo que el sistema de salud nunca los registra de correcta forma, o no los notifica ni los investiga adecuadamente. Como resultado de ello, los países no suelen saber el número de muertes o sus causas y no pueden adoptar las medidas eficaces y oportunas necesarias para evitar la muerte de otros niños y madres. (SALUD, 2016), es lo que estaría pasando en nuestro país, se minimizan estos factores de riesgo, cual es el precedente del problema.

UNICEF refiere que, aunque en los últimos decenios se ha avanzado notablemente en la reducción del número de defunciones infantiles en todo el mundo, el descenso de las tasas de mortalidad neonatal ha sido lento, pese a que gran parte de estas muertes pueden prevenirse. Se calcula que además de los 2.9 millones de niños y niñas que mueren en el primer mes de vida a nivel mundial, hay 2.6 millones de mortinatos, es decir niños que mueren durante el último trimestre de la gestación o durante el parto, según el Plan de Acción Todos los Recién Nacidos. (UNICEF, 2014)

En junio 2012, se conformó el movimiento mundial denominado “Una Promesa Renovada por la Supervivencia Infantil”, con el fin de acabar con las defunciones infantiles prevenibles. Para enfocar los retos propios de América Latina y el Caribe, en septiembre 2013, los Gobiernos y varias organizaciones de la región se comprometieron en específico con la reducción de las inequidades en la salud reproductiva, materna, y del niño. (UNICEF, 2014)

El riesgo de que los niños mueran es mayor en su primer mes de vida, produciéndose casi la mitad (46 %) de las muertes de niños menores de 5 años durante el periodo neonatal. Es más lento lograr avances en la reducción de las tasas de mortalidad neonatal que en la reducción de las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años. (Kashiwase, 2017) porque es difícil bajar la tendencia de estas muertes cuales son los determinantes que ocasionan estas tasas de mortalidad neonatal.

La tasa de mortalidad neonatal se redujo un 49 %, de 37 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 19 muertes en 2016, una cifra muy lejana de la meta establecida en los ODS de que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Por lo tanto, la proporción de muertes de menores de 5 años en el periodo neonatal aumentó del 41 % al 46 % entre 1990 y 2016. (Kashiwase, 2017)

La mayor parte de las defunciones de recién nacidos (75%) ocurren durante la primera semana de vida, y aproximadamente 1 millón de RN mueren en las 24 primeras horas de vida. Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal), las infecciones neonatales y los defectos congénitos causaron la mayor parte de las defunciones de RN en 2016. (ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD, 2018), con este estudio vamos a comparar los factores de riesgo de estas muertes en nuestras áreas hospitalarias.

En Ecuador aún existen limitantes para caracterizar de manera real el problema, la revista La Encuesta de Salud y Nutrición refiere que la tendencia de la mortalidad infantil asociadas al subregistro de nacidos vivos. En el 2012 describe una evolución de la tasa de mortalidad infantil de 53 por 1.000 nacidos vivos (1987) a 13 (2012). Según el INEC, la tasa de mortalidad infantil ha tenido un descenso sostenido desde 18,5 en el año 2000 a 13,3 en 2006 y a 10,1 en el año 2012. (Salud, 2016)

También la ENSANUT, refiere que la tasa de mortalidad neonatal ha disminuido de 22 por 1.000 nacidos vivos en 1994 (ENDEMAIN) a 7 en 2012 (Salud, 2016), datos que no concuerdan con INEC mismo, ni UNICEF, ni la encuesta de salud y nutrición, por lo que seguimos sin tener la certeza de la disminución de la mortalidad neonatal en nuestro medio hospitalarios de distintos cantones y menos en del cantón milagro que no existe un estudio de tal magnitud. (Salud, 2016)

En el Ecuador al igual que los demás países de América latina, durante los últimos años, se ha visto un considerable descenso sobre la mortalidad neonatal, sin embargo la expectativa no ha sido la esperada, en nuestro país existen aún muertes neonatales que a pesar de las estrategias, que se emplean como la existencia de comités de muerte neonatales, que sirven como indicadores de calidad en la atención integral del mismo, es inaceptable que sigan habiendo estas muertes, por lo que resulta trascendente conocer los factores de riesgo que existen alrededor.

Es de conocimiento con estos hechos que no existe un estudio propicio para la identificación, registro estadístico real en el porcentaje de las muertes neonatales de nuestro país, por lo que el estudio tiene gran relevancia social, la misma que serviría como un punto de partida, para la mejoría en la atención de salud integral de los recién nacidos, promoviendo necesidades, mejoramientos de estrategias y así ir disminuyendo estas tasas de mortalidad neonatal de las instituciones hospitalarias.

Sabiendo esto, es conveniente realizar la elaboración de un estudio descriptivo sobre los factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal, el mismo que se realizara en el Hospital Dr. León Becerra Camacho del Cantón Milagro. En el cual se conoce que la institución no existe datos casuísticos reales de un estudio, y aprovechando que existe un comité de muerte neonatal desde 2012, se podrá analizar cuáles son los factores que llevan estos fallecimientos, con el fin de evidenciar que estas muertes pueden ser preventivas.

Tomando en cuenta el comité de muerte neonatal analiza parámetros que existen como es el peso, que tengan 2000 gr, la edad gestacional, etc., sin embargo, se evidencia que existe muertes de bajo peso y de otras características. No se conoce con exactitud la prevalencia dentro de la institución, la investigación servirá para reconocer estadísticas reales que condicionan un aumento de las tasas de mortalidad neonatal en el área hospitalaria. El objetivo será reforzar y fortalecer el proceso adecuado del manejo del neonato, antes, durante y posterior del parto.

1.1.2. Delimitación del problema

La importancia de conocer esta información, constituye un gran paso para la salud pública, conocer sus debilidades que se fortalecerán en los diferentes sistemas de salud, por lo que es relevante conocer la incidencia de la mortalidad neonatal en los servicios de neonatología del Hospital Dr. León Becerra Camacho.

Por lo explicado en el presente estudio, se pretende determinar Los factores de riesgo que condiciona a la mortalidad neonatal, de esta manera tener la finalidad de reconocerlas oportunamente para un buen manejo del neonato, mejorar la calidad de atención en el parto, como también poder disminuir la tasa de mortalidad. y registrar e investigar las muertes que se producen, con esto fortalecer las debilidades que se puedan encontrar y reforzar conocimientos de los mismos.

Línea de investigación: Salud Publica

Sub -línea de investigación: Atención Primaria de Salud

Eje: Educación para la salud objetivo de estudio, factores riesgo que inciden en la mortalidad neonatal

Unidad de observación: Neonatos fallecidos en servicio de neonatología

Periodo: 2014-2017

Espacio Hospital Dr. León Becerra Camacho

Provincia: Guayas

Cantón: Milagro

1.1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden sobre las muertes neonatales en el hospital Dr. León Becerra del Cantón Milagro?

1.1.4. Sistematización del problema

- 1.- Cuáles son las características socio- demográficas maternas más frecuente
- 2.- Cuáles son los factores de riesgo obstétricos y neonatales más frecuentes
- 3.- Cuáles son las enfermedades del recién nacido más frecuentes que conllevan a la muerte neonatal
- 4.- Cuáles los factores riesgo más frecuentes asociadas a las comorbilidades que contribuyen a la muerte de neonatos

1.1.5. Determinación del tema

FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. LEÓN BECERRA CAMACHO DEL CANTÓN MILAGRO 2014-2017

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en el Hospital Dr. León Becerra Camacho del cantón Milagro

1.2.2. Objetivos Específicos

- 1.- Identificar los factores de riesgo sociodemográficos que se asocian a la mortalidad neonatal
- 2.- Determinar los factores de riesgo obstétricos y neonatales
- 3.- Determinar las enfermedades frecuentes del recién nacido que conllevan a la muerte neonatal
- 4.- Identificar los factores de riesgo asociados a las comorbilidades que contribuyen a la muerte de neonatos

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Justificación de la investigación

En el Ecuador la mortalidad neonatal sigue siendo un problema nacional de salud pública, debido a las limitantes que tiene el sistema salud, para determinar de manera real las complicaciones que se presenta frente a tasas de mortalidad que no pueden disminuir correctamente, y otra debilidad encontrada es al no haber estudios específicos sobre las verdaderas incidencias de estas muertes, ya sea por una mala investigación, un mal diagnóstico, etc. No hay evidencia contundente.

También debemos mencionar que existe confusión al decir que se está reduciendo satisfactoriamente las muertes neonatales, al decir que ha disminuido las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años, la cual, si ha logrado reducir enormemente, con las diferentes estrategias, pero se está minimizando las muertes neonatales las cuales están aumentando silenciosamente.

Es una realidad que los recién nacidos es la población más vulnerable a los ingresos de cuidados intensivo neonatales, debido a muchos diversos factores que condicionan al recién nacido y a sus afecciones que ponen en riesgo a la vida del mismo en estas unidades, las cuales no se debe desmerecer que son muy eficaces en la mejoría de las patologías en la mayoría de las veces, sin embargo, en muchas ocasiones es inminente estas muertes, por lo que es necesario identificar a tiempo los factores que ponen en riesgo y comprometen estas vidas.

En las últimas décadas se ha reducido paulatinamente la tasa de mortalidad neonatal, pero aún constituye un componente duro de mantener en la reducción actual. Para el Ecuador sigue siendo un gran reto, a pesar de los esfuerzos gubernamentales, las estrategias, comunicados, socializaciones en el primer nivel como es los centros de salud, segundo nivel como hospitales básicos y generales y tercer nivel de especialidades, no se ha logrado del todo que los controles prenatales sean óptimos de un embarazo.

Existen dificultades en mantenerse estos lineamientos por la sociedad, en la cual aún hay resistencia y porque no decir del mismo gobierno, no se puede negar los cambios realizados a lo largo del tiempo, se ha implementados comités de muertes neonatales encargados de mejorar la calidad de atención de los neonatos, pero aún se hace evidentes estos casos que comprometen la vida del recién nacido.

El estudio beneficiara a los neonatos y madres, con la determinación de los factores de riesgo que condicionan a la mortalidad neonatal, que se pueden encontrar en la atención durante el embarazo, esto permitirán hacer recomendaciones útiles para prevenir la muerte de los mismos que son atendidos anualmente con un promedio 2400 nacimientos por año, de estos ocurren 0.54% fallecimientos en el hospital Dr. León Becerra Camacho del cantón Milagro.

El propósito de desarrollar este estudio es que los estándares de calidad sean mucho más eficientes en la calidad de atención integral de salud a los neonatos, con esto se disminuiría en un gran porcentaje estas muertes, permitiendo encontrar debilidades antes, durante y después del parto, lo cual permitirá realizar recomendaciones útiles de prevención, control epidemiológico y haciéndolo un compromiso entre el equipo de salud, la sociedad y gobierno, para así mantener la habilidad de una buena atención con lo que disminuirían estas muertes.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes históricos

A nivel mundial los primeros intentos para cuantificarla mortalidad infantil aparecen por primera vez durante el siglo XVII, en 1661 John Graunt, en Inglaterra concluyó, que un tercio de todas las muertes inglesas se hallaban por debajo de los 5 años. Un siglo después, William Buchan llegó a la conclusión que las muertes infantiles representaban la mitad de la raza humana. En los inicios del siglo XIX se realizaron estimados de muertes infantiles sobre la base de registros de inhumación calculados como porcentaje de muertes totales en una comunidad. (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001)

Louis Rene Villermé, reformista francés, fue el primero en aplicar los datos de salud a los problemas sociales tales como el crimen y la pobreza en los inicios del siglo XIX. En 1822 descubrió la relación entre el ingreso promedio y la tasa cruda de mortalidad, a mediados del siglo, toda Europa aceptaba la tasa cruda de mortalidad como indicador de pobreza y de condiciones ambientales deplorables. Villermé, tuvo la habilidad de vincular la mortalidad con las situaciones sociales a través de las Estadísticas. (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001)

Años más tarde, Arthur New sholme, alumno de William Farr, señalaba que debido a que la mortalidad infantil representaba una cohorte de edad específica, esta se corregía para las diferencias entre comunidades, en la edad promedio de sus poblaciones. En las primeras décadas del siglo XX, no se publicaba ningún informe de mortalidad infantil sin que apareciera esta cita de New sholme “la mortalidad infantil es el índice más sensible que poseemos de la administración sanitaria y de bienestar social”. (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001).

A finales del siglo XIX, la percepción de los cambios demográficos hizo de la salud del niño un tema político importante y en los albores del siglo XX, la tasa de mortalidad infantil captó el orgullo y los temores de los líderes políticos y de la salud, al parecer en un simple número objetivo, estos veían a la mortalidad infantil como un indicador de salud comunitaria, eficiencia económica y bienestar moral colectivo. (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001)

El Doctor Sánchez de Fuentes en 1915, publica un extenso artículo donde analiza las causas de muerte y hace una clasificación de éstas y señala la distribución geográfica de las defunciones y propone medidas preventivas que deben adoptarse para la reducción de la mortalidad infantil. En los primeros años del presente siglo se establecieron concursos entre las diferentes direcciones zonales y municipales de salud, para reducir la mortalidad infantil. (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001)

La mortalidad neonatal precoz representó una gran parte de las defunciones infantiles (31,5% de todas las defunciones menores de 1 año en 1959 y 44,6% en 1999). La mortalidad neonatal tardía MNT (defunciones de 7 a 27 días por cada 1 000 nacidos vivos) disminuyó de 6,1 en 1959 a 1,0 en 1999, lo que representó una reducción de 83,6 %, contrasta con la mortalidad neonatal precoz, pues desempeñó un papel progresivamente menos importante en la mortalidad infantil (17,5% en 1959 comparado con el 16,1% en 1999). (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001).

Durante las últimas décadas, los indicadores de mortalidad infantil y la mortalidad del menor de 5 años han mejorado ostensiblemente en todas las regiones del mundo. Estas reducciones han sido grandes en los países de mortalidad infantil más elevada, aunque todavía persisten

altas. En general la velocidad de disminución es similar en todas las regiones donde la OMS divide el planeta. La disminución puede llegar hasta el 50 % en los países con mortalidad más elevada. (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001)

La mortalidad infantil que es reconocida como un indicador básico de las condiciones de salud de la población y el desarrollo de la salud pública de un país, hoy en día se considera también como el indicador de salud clave, que más directamente refleja la prevalencia del bajo peso al nacer y el grado de pobreza de las madres y sus hijos, así como el acceso de la población a la atención médica. (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001)

En 1999 la cobertura de médicos de la familia en la atención primaria abarcaba el 98 % de la población y alcanzaba las regiones montañosas más apartadas del país. Nuestro sistema de salud cubre el 100 % de la población, a todos los grupos étnicos sin distinción de clases sociales ni creencias religiosas. En algunos países todavía a finales de siglo, la raza y la pobreza continúan estrechamente asociadas a elevadas tasas de mortalidad infantil. (DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, 2001)

En 1949 la Dra. Virginia Apgar contribuye con la Valoración de “Apgar”, del RN para dar el “bienestar fetal”. que se basó en cinco datos: 1) Frecuencia cardiaca. 2) Esfuerzo respiratorio. 3) Tono muscular. 4) Respuesta refleja. 5) Color. Se les dio una puntuación: 0, 1 y 2 puntos que se sumarían. Cuando nació la especialidad de Anestesiología Obstétrica, se consideró al RN como un segundo paciente (Dr. José Luis García-Galavíz 1, 2007)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible refieren que, en América Latina, la tasa de mortalidad infantil ha descendido en los últimos 20 años en un 66%: de 42 a 14,8 muertes por 1.000 nacidos vivos gracias a intervenciones como las vacunaciones. Sin embargo, hay todavía diferencias muy grandes entre los países, en Ecuador aún existen limitantes para caracterizar de manera real el problema y tendencia de la mortalidad infantil asociadas al subregistro de nacidos vivos. (Salud, 2016)

En el Ecuador, la población estimada para el 2014 es de 16 millones, en promedio hay 300.000 nacimientos al año. La patología neonatal y su morbilidad asociada es la responsable de al menos el 60% de muertes en menores de un año, Se estima que cerca del 70% de las defunciones de menores de 28 días ocurre en la primera semana de vida. Los (RN) de muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos), representan el 1% del total de nacimientos que representa el 40% de la mortalidad infantil. (MSP, 2016)

En nuestro país, el MSP, entrega una guía práctica clínica de la sepsis neonatal en el 2015, con el fin de evidenciar la aproximación al manejo de la sepsis neonatal, que contribuya tempranamente a cumplir con el objetivo de Disminuir la morbimortalidad neonatal por sepsis neonatal.

Cada año mueren 2,6 millones de lactantes durante su primer mes de vida, casi la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del RN. La cifra mundial de muertes neonatales se ha reducido de 5,1 millones en 1990 a 2,6 millones en 2017. (Mundial, 2018)

Sin embargo, la reducción de la mortalidad neonatal entre 1990 y 2016 ha sido más lenta que la de la mortalidad posneonatal en menores de cinco años: 49% y 62%, respectivamente. Esto se aplica a la mayoría de los países de ingresos bajos y medios, si se mantienen las tendencias actuales, aproximadamente la mitad de los 69 millones de muertes en la niñez que se producirán entre 2016 y 2030 tendrán lugar en el periodo neonatal. Se prevé que la proporción de muertes neonatales entre las muertes de menores de cinco años aumente del 45% en 2015 al 52% en 2030. (Mundial, 2018)

2.1.2. Antecedentes Referenciales

Se calcula que 7.000 RN mueren cada día en todo el mundo. Más del 80% de esas muertes se producen por causas que podrían haberse evitado con soluciones básicas, como una asistencia de la salud de calidad. Aunque la tasa de mortalidad de recién nacidos se ha reducido en los últimos decenios, sigue muy alejada de los enormes avances conseguidos para los niños de entre 1 mes y 5 años. (Infancia, 2018)

Entre 1990 y 2016, la tasa de mortalidad de este grupo de edad descendió un 62%, casi dos tercios. En cambio, la tasa de mortalidad de recién nacidos se redujo tan solo un 49%. Como resultado, las muertes de RN representan un porcentaje cada vez mayor de todos los fallecimientos de niños menores de 5 años. Hay dos factores el primero es que las principales causas de la mortalidad de RN incluyen la prematuridad, complicaciones en el parto e infecciones como sepsis, meningitis y neumonía. El segundo factor, de igual importancia, es la falta de interés mundial por acabar con la mortalidad de RN. (Infancia, 2018)

Mortalidad neonatal es el principal componente de la mortalidad infantil; aproximadamente el 50% de las muertes que se registran en el primer año de vida ocurren en el periodo neonatal precoz o temprano. En México en 2014 el INEGI reportó una tasa de mortalidad infantil de 12.58/1,000 nacidos vivos (NV). (S. Carrera Muiños, 2016)

Continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, actualmente representa el 50% de las defunciones en menores de un año en América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad en el INPer fue de 18.5/1,000 NV, observándose que no ha tenido variaciones importantes desde 2008. Datos más recientes del año 2014 reportan una tasa de mortalidad en países como Afganistán de 117.2/1,000 NV, Mali con 104.3/1,000 NV y Somalia con 100.1/1,000 NV. (S. Carrera Muiños, 2016)

Está determinada por múltiples factores, relacionados con variables biológicas, asistenciales y socioeconómicas. Se han descrito factores maternos relacionados con el incremento de la mortalidad neonatal, como la edad, la baja escolaridad y el periodo intergenésico corto. No obstante, se sabe que los factores con mayor valor predictivo son los del recién nacido, siendo 3 los más importantes: partos prematuros, asfixia e infecciones como sepsis y neumonía (S. Carrera Muiños, 2016)

Según estimaciones globales, aproximadamente 5,9 millones de niños menores de 5 años murieron durante 2015. Más de la mitad de esas muertes se debieron a enfermedades que se podrían haber evitado o tratado, con intervenciones simples y accesibles. Las enfermedades infecciosas, la prematurez y las complicaciones durante el parto son las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años. No se debe perder de vista que globalmente, el 45% de las muertes de niños menores de cinco años ocurren durante el período neonatal. (Salvador, 2017)

En los países en desarrollo, 29% de las muertes neonatales son causadas por asfixia de nacimiento y 24% por complicaciones de prematuridad. En México las afecciones perinatales constituyen la primera causa de muerte y explican la mitad de las defunciones infantiles. En Costa Rica las defunciones neonatales constituyen el 78.23% En USA las anomalías congénitas representan la mayor causa de mortalidad infantil con una tasa de 121.3/100 000 nacidos vivos. “En El Salvador en el 2016, se notificaron el 57% ocurrieron en el período neonatal, Entre las causas de muerte se encontraron: malformaciones congénitas, prematurez, neumonía, sepsis, asfixia”. (Salvador, 2017)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La mortalidad neonatal se define como la muerte entre el nacimiento y los 28 días de vida según la Organización Mundial de Salud (OMS), los primeros 28 días de vida, es el periodo neonatal, representa la etapa más vulnerable para la supervivencia del niño, ya que la inmadurez limita los mecanismos de defensas, el bajo peso al nacer (BPN) y el parto antes de la semana 37 de gestación son los principales contribuyentes de mortalidad infantil. (Pérez-Díaz, 2018)

La mortalidad Fetal recomendadas por OMS, es definida como la expulsión completa extracción de la madre del producto de la concepción, independientemente de la duración de gestación, que no presenta ningún signo de vida (no respiración, no latido cardiaco o pulso en cordón umbilical, o movimiento de músculos voluntarios) (Zeballos Sarrato Susana, 2017)

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y FISIOPATOLÓGICOS MATERNOS

Mortalidad neonatal según (OPS/OMS, 2015)

Muerte neonatal: es la muerte de un nacido vivo ocurrida durante los primeros 28 días completos de vida

Muerte neonatal precoz: la que ocurre durante los seis primeros días de vida

Muerte neonatal tardía: la que ocurre desde los siete hasta los 28 días completos de vida

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad

El embarazo presente en edades menores a los 20 y posterior a los 35 años se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal, (Donoso Enrique, 2014)

Escolaridad

Los niveles altos de educación de la madre reducen la mortalidad infantil, debido a los mayores conocimientos acerca de las prácticas necesarias para mejorar la salud del niño y a un mayor uso de servicios para el cuidado de su propia salud. Por otro lado, los niveles de educación suelen ser más altos en el área urbana. Por tanto, en los hogares donde la madre no tenga educación o solo tenga nivel de primaria incompleta, el riesgo de mortalidad neonatal es mayor. (Franflin, 2017)

Estado civil

Los resultados también muestran la importancia del estado marital de la madre como factor que reduce el riesgo de morir de los niños, ya que la presencia del padre en el hogar disminuye la probabilidad de que la madre intercambie el tiempo destinado al cuidado de su hijo por ir a trabajar. Si la madre trabaja, los ingresos del hogar aumentan. (Franflin, 2017)

Procedencia

La probabilidad de muerte neonatal aumenta indistintamente si el hogar se encuentra en área urbana o en el área rural, a pesar de los altos niveles de cobertura de los servicios de salud. Esto se debe al crecimiento y la expansión precaria que ha caracterizado a las áreas urbanas del departamento en los últimos diez años y que condicionan el acceso de la población a servicios básicos y de salud (Franflin, 2017)

FACTORES OBSTÉTRICOS -MATERNOS

Periodo intergenésico

Fue registrado en meses completos, implica el espacio transcurrido desde la fecha del nacimiento del penúltimo hijo hasta la fecha del actual nacimiento. Un factor de riesgo es un PI de 24 meses. (Monsreal José Franco, 2017)

Numero de control prenatal

Es una actividad diseñada para evaluar el riesgo de morbilidad durante el embarazo, parto y el puerperio a fin de intervenir los factores de riesgo de forma temprana, eficaz y efectiva para el caso de la embarazadas y el producto de la gestación. (Franflin, 2017)

Según la OMS el control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de 5 asistencias médicas calificadas, Pero esto no garantiza la calidad de la atención. (MSP, 2016)

Infección de Vías Urinarias (IVU)

Debido a cambios funcionales, hormonales, anatómico en mujeres embarazadas las IVU constituyen una de las complicaciones infecciosas más habituales y contribuyen a elevar el porcentaje de morbimortalidad tanto materna cuanto perinatal, el patógeno más frecuentemente aislado en durante el embarazo es la Escherichia coli (Pública, 2013)

Diabetes Gestacional

La intolerancia a los hidratos de carbono de intensidad variable, de comienzo durante la gestación, por los cambios vasculares en la placenta hacen que exista abortos de repetición hasta 29% de los casos, además de aparición de malformaciones congénitas y teratogénesis, además de proporcionar crecimiento desproporcionado del feto de hombros, tórax y abdomen en primer y segundo trimestre. (Abreu Viamontes, 2017)

Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU);

El crecimiento intrauterino es el más acelerado en el curso de toda la vida de los seres humanos; sobre él intervienen factores propios del feto (genéticos, sexo, edad gestacional, número de fetos, infecciones intrauterinas, malformaciones congénitas mayores, etc.), del medio ambiente inmediato (útero y placenta) y maternos (biológicos y sociales). La alteración de uno o más de los factores que intervienen en el crecimiento intrauterino pueden provocar que el niño nazca con (RCIU). (Ruth Díaz Granda, 2017)

Hipertensión Gestacional

Significa presión arterial sistólica mayor a 140 y/o diastólica mayor a 90 en dos momentos distintos mayor a 4-6 horas, luego de la semana 20, no acompaña de proteinuria y las cifras normalizan antes de la semana 12 de puerperio. (María V. Milos Sucksdorf, 2017)

Preeclampsia: hipertensión gestacional con la proteinuria mayor a 300 mg en orina de 24 horas en dos momentos separadas por más de 4 horas

Eclampsia: existencia de convulsiones en pacientes Preeclámpticas las mismas que no evidencian tener otra razón de origen (María V. Milos Sucksdorf, 2017)

Síndrome HELLP: patología con hemólisis, presencia de esquistocitos en sangre periférica, bilirrubina mayor a 1.2 mg/dl, LDH mayor a 600 U/L, enzimas hepáticas elevadas os veces por encima de lo normal, Trombocitopenia, plaquetas menor a 100.00 cel/l (María V. Milos Sucksdorf, 2017)

Ruptura Prematura de las Membranas

La RPM implica la pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas a partir desde las 20 S/G hasta antes del inicio del trabajo de parto. Si es mayor de 24 horas será prolongada. Existe un periodo de latencia que implica el espacio de tiempo entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Esto determinan el pronóstico y la elección o no de terminación del embarazo. (Pública, GPC , 2015)

Desprendimiento Prematuro de Placenta

El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto, esto se produce en un 0,4-1% de las gestaciones. Esta patología se asocia a una elevada morbimortalidad materno-fetal. Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta. (M^a de los Ángeles Martos Cano, 2018)

Placenta Previa

Esta patología implica que la placenta se implanta en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo, sea total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal. Además, asocia con mortalidad neonatal. Las tasas de mortalidad perinatal son 3 a 4 veces mayores que en embarazos normales. (Sergio Ávila Darcia1, 2016).

Embarazo Múltiple

El embarazo múltiple es aquél en el que coexisten 2 o más fetos. En ello la mortalidad perinatal es 4 veces mayor que en los embarazos simples, debido a la frecuencia de: (Embarazo de riesgo parte III) Prematuridad (doble que en el embarazo único). Preeclampsia (reportada hasta en el 40 % de los casos), Crecimiento intrauterino retardado (de uno o ambos fetos, en el 25 %)., Sufrimiento fetal (crónico o agudo), Hipermadurez precoz, Presentaciones anómalas (alcanza incidencias del 40 al 50 %).

Polihidramnios

Se define así cuando el líquido amniótico alcanza cifras de 2000 ml o más. Debe distinguirse entre el agudo y crónico (Embarazo de riesgo parte III)

Oligohidramnios

Disminución de líquido amniótico menor de 500 ml, o un índice de líquido amniótico por ecografía de menos de 8 cm (Pública, GPC , 2015)

Corioamnionitis

Infección de las membranas corioamnióticas y/o líquido amniótico con presencia de fiebre, sensibilidad uterina, secreción turbia o de mal olor, taquicardia fetal, taquicardia materna o leucocitosis materna (Pública, GPC , 2015)

Presentación Pelviana

Presentación pelviana es aquélla en la que el polo caudal del feto se ofrece al estrecho superior de la pelvis materna. Constituye el 3 % de todos los partos. Según la actitud de sus componentes, se admiten 2 modalidades: (Embarazo de riesgo parte III)

1. Pelviana completa, o de nalgas y pies. Cuando los muslos están flexionados sobre el tronco y las piernas flexionadas y cruzadas.

2. Pelviana incompleta. Tiene tres modalidades:

a) **De nalgas:** los muslos están flexionados, pero las piernas se encuentran extendidas a lo largo del tronco y los pies están hacia el fondo del útero, cerca de la cabeza fetal.

b) **De pies:** los muslos y las piernas están extendidos. En realidad, es más bien una variante evolutiva de la pelviana completa.

c) **De rodillas:** los muslos están extendidos y las piernas flexionadas sobre éstos.

La presentación pelviana es menos favorable que la presentación cefálica, pues la mortalidad perinatal es 5 veces mayor, debido esencialmente a la prematuridad (25 %), malformaciones congénitas (6 %), prolapso del cordón umbilical, traumatismos e hipoxia (Embarazo de riesgo parte III)

Distocia de Hombros

La distocia de hombros consiste en el enganche de los salientes acromioclaviculares sobre el contorno del estrecho superior, debido casi siempre al tamaño excesivo de los hombros del feto, cuyo diámetro biacromial puede ser de 18 cm o más. También puede deberse a alteraciones en el mecanismo de rotación de los hombros, que no se produce por algunas características particulares de la pelvis (largas e infundibuliformes). Debe diferenciarse de las distocias por anomalías del tronco, y de los casos con cordón muy corto y rígido. (Embarazo de riesgo parte III)

Trauma obstétrico

Se denomina trauma obstétrico a las lesiones duraderas que suceden durante el trabajo de parto, el parto o las maniobras necesarias para la atención neonatal por acción u omisión. Los traumas obstétricos son causados por la manera del paso por el canal del parto, del feto, o por la tracción y presión producidas por la manipulación durante el parto. La variedad de estos traumas puede conducir a la muerte del recién nacido o dejar secuelas para el resto de la vida del niño (Alejandrina Murguía-González, 2013)

Entre las lesiones reportadas en RN se encuentran: lesiones en la piel (erosiones, heridas, contusiones, equimosis necrosis grasa), lesiones craneales (*caput succedaneum* cefalohematoma, fracturas lineares), lesiones faciales (hemorragia subconjuntival, y de retina),

lesiones musculoesqueléticas (fracturas de clavículas, de huesos largos, lesiones de músculo esternocleidomastoideo), lesiones intraabdominales (hematoma hepático, y esplénico, hemorragia adrenal, y renal), lesiones de nervios periféricos (parálisis facial y de nervio radial, lesiones del plexo lumbosacro y lesión del plexo braquial), (Alejandrina Murguía-González, 2013)

Anemia

Se considera como anemia la existencia de un nivel de hemoglobina por debajo de 110 g/L de sangre y un hematócrito del 33 % o menos durante el tercer trimestre de la gestación, aunque desde el punto de vista práctico sólo deben estudiarse las pacientes con cifras inferiores a 100 g/L. (Embarazo de riesgo parte III)

FACTORES FETALES -NEONATALES

Sufrimiento Fetal

Se produce sufrimiento fetal toda vez que se reduce el intercambio y/o la nutrición a nivel placentario, provocando alteraciones de la homeostasis fetal (acidosis, hipercarbia, hipoxia). Sus características son: Depresión del sistema neurológico del recién nacido y secuelas neurológicas. Lesión y/o muerte celular que condicionará la muerte fetal, la muerte en el período neonatal inmediato o se manifestará de acuerdo a los sistemas involucrado. (OPS/OMS, 2015)

Definiciones Por Edad Gestacional según (OPS/OMS, 2015)

Edad gestacional: es la duración completa de la gestación medida desde el primer día de la última menstruación normal hasta el momento del nacimiento.

Pretérmino: menores de 37 semanas completas de amenorrea (inferior a 259 días completos).

De término: definido desde las 37 semanas completas, hasta menos de 42 semanas completas de amenorrea (259 a 293 días).

Postérmino: son los neonatos con 42 semanas completas o más (294 días o más).

Definiciones Por Peso según (OPS/OMS, 2015)

Peso al nacer: es la primera medida de peso de los fetos o recién nacidos obtenida después del nacimiento. Es recomendable que dicha medida se efectúe en las primeras horas de vida y podrá reportarse en gramos o libras, dependiendo de la localidad o el tipo de balanzas utilizadas.

Peso Bajo al Nacer (PBN): corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento menor de 2,500 gramos, independiente de su edad gestacional. Se incluye a los neonatos con pesos desde 500 gramos hasta 2,499 gramos.

Peso Muy Bajo al nacer (BMPN): corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento menor de 1,500 gramos, independiente de su edad gestacional. Se incluye a los neonatos con pesos desde 500 gramos hasta 1,499 gramos.

Peso Extremadamente Bajo al Nacer (PEBN): corresponde a los recién nacidos con peso al nacimiento menor de 1,000 gramos, independiente de su edad gestacional. Se incluye a los neonatos con pesos desde 500 gramos hasta 999 gramos.

APGAR

Indicador de bienestar del RN a los pocos minutos de su nacimiento (Pública, GPC , 2015)

Puntuación de Apgar

La puntuación de Apgar no se utiliza en la decisión para iniciar reanimación, sino que es una medida objetiva de la condición del recién nacido y útil para evaluar la efectividad de la reanimación, una puntuación > 7 significa bienestar. La evaluación debe realizarse a 1 y 5 minutos de edad y debe continuarse cada 5 minutos hasta obtener una puntuación > 7, una puntuación de Apgar baja no es sinónimo de asfixia ya que otros factores pueden alterarla. (OPS/OMS, 2015)

PATOLOGÍAS ASOCIADAS A MUERTE NEONATAL

Dificultad para respirar en el RN o Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR)

Es un cuadro que comienza poco después del nacimiento o en las primeras horas de vida y está caracterizado por taquipnea, cianosis, quejido, retracción subcostal y grados variables de compromiso de la oxigenación. (MSP, 2016)

Enfermedad de Membrana Hialina (EMH)

Síndrome de dificultad respiratoria originado por insuficiente cantidad de surfactante pulmonar, por déficit de producción, por una inactivación o su hipotético consumo. (MSP, 2016)

Síndrome de Aspiración de Líquido Amniótico Meconial (SALAM)

Cuadro de dificultad respiratoria secundario a la aspiración de meconio en la vía aérea, ocurrido antes o durante el nacimiento. (MSP, 2016)

Hipertensión Pulmonar Persistente (HPP)

Entidad clínica caracterizada por hipoxemia persistente y cianosis generalizada, con persistencia de circulación fetal por cortocircuito de derecha a izquierda a través del foramen oval y/o del conducto arterioso, con insuficiente flujo sanguíneo pulmonar por elevada presión de arteria pulmonar en un corazón sin malformación. (MSP, 2016)

Neumonía Neonatal

Es el proceso infeccioso en el RN que afecta a los pulmones y se manifiesta dentro de las primeras 72 horas (Connatal), o dentro de los primeros 28 días, como una enfermedad nosocomial o en el prematuro hasta el día del alta hospitalaria. (MSP, 2016)

Taquipnea Transitoria del RN (TTRN)

Es un padecimiento respiratorio neonatal de evolución aguda, autolimitada y benigna, provocada por la retención, luego del nacimiento, del líquido pulmonar fetal, que en condiciones normales, es removido gracias a que el epitelio alveolar cambia de secretar cloro a absorción de sodio y las prostaglandinas dilatan los vasos linfáticos y favorecen el paso del fluido hacia la circulación pulmonar que se establece a plenitud luego de la primera respiración. (MSP, 2016)

Enfermedad Hemolítica Perinatal Por Isoinmunización Rh

La enfermedad hemolítica perinatal por Isoinmunización es una anemia que afecta al feto al sensibilizarse la embarazada por distintos antígenos existentes en la sangre fetal y ausentes en la suya.

Estos antígenos dan lugar a la formación en el sistema reticuloendotelial materno de anticuerpos contra los hematíes fetales (aglutininas), que atraviesan la barrera placentaria y provocan una anemia hemolítica en el feto. Los principales antígenos responsables de esta inmunización pertenecen a los sistemas ABO y Rh; a este último corresponden las formas más graves de la enfermedad. (Embarazo de riesgo parte III)

La Sepsis Neonatal

situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, virus y hongos en el torrente sanguíneo del recién nacido (RN) y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida, si bien actualmente se tiende a incluir las sepsis diagnosticadas después de esta edad, en RN de muy bajo peso (RNMBP). El hemocultivo positivo confirma la sepsis, y cuando el hemocultivo es negativo, la condición se considera como sepsis clínica. (Clínica, 2015)

El Recién Nacido Prematuro

(34 a 36 semanas 6 días) no es tan saludable como se pensaba anteriormente; su mortalidad es más alta en comparación a los RN a término y tiene un mayor riesgo de presentar varias complicaciones, como la taquipnea transitoria del RN (TTR), síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hipertensión pulmonar persistente (HPP), insuficiencia respiratoria, inestabilidad de la temperatura, ictericia, dificultad para la alimentación y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales (Ecuador, 2015)

Las subcategorías son las siguientes (Ecuador, 2015)

Prematuros tardíos donde la edad gestacional es de 34 a 36 semanas 6 días

Prematuros moderados donde la edad gestacional es de 32 a 33 semanas 6 días

Muy prematuros donde la edad gestacional es de 28 a 31 semanas 6 días

Prematuros extremos donde la edad gestacional es de menor o igual a 27 semanas 6 días

Asfixia

Acidosis metabólica o mixta severa ($\text{pH} < 7.0$) en una muestra de sangre arterial del cordón umbilical, persistencia de una puntuación de Apgar de 0 a 3 por > 5 minutos, secuelas neurológicas clínicas en el período neonatal inmediato, tales como convulsiones, hipotonía, coma o encefalopatía hipóxico-isquémica. Evidencia de alteración orgánica sistémica múltiple en el período neonatal inmediato (OPS/OMS, 2015)

Clasificación De Sarnat Y Sarnat De Encefalopatía Hipóxico-Isquémica

Grado I: duración de 24 horas, irritable, hiperalerta, llanto persistente, hipereflexia, succión débil, EEG normal. (OPS/OMS, 2015)

Grado II: duración de 2 a 14 días, letargia, convulsiones, hipotonía, hipereflexia, succión débil o ausente, EEG normal. (OPS/OMS, 2015)

Grado III: duración horas o semanas, estupor, coma, ausencia de reflejos, succión ausente, EEG anormal (OPS/OMS, 2015)

Acidosis Metabólica

Presenta las siguientes características como Anión GAP > 15 mEq/l, $\text{pH} < 7,3$, exceso de base ≥ -5 mEq/l o menos en el primer día o ≥ -4 mEq/l o menos en días subsecuentes, bicarbonato sanguíneo < 19 mEq/l en el primer día o < 21 mEq/l en días subsecuentes. (OPS/OMS, 2015)

Reanimación del Recién Nacido

Conjunto de medidas que se realizan para tratar precozmente la homeostasis postnatal y hemodinamia correctas, con la finalidad de prevenir la morbilidad y mortalidad derivada de una potencial lesión tisular Hipóxico isquémica. Los objetivos de la reanimación son: Establecer una vía aérea permeable, Iniciar la respiración, Mantener una circulación sanguínea adecuada., Prevenir daño tisular, especialmente a nivel cerebral (Dr. Walter Torres Izquierdo, 2008)

2.3 MARCO LEGAL

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales con problemas de accesibilidad a los servicios integrales de salud. Entre lo más relevante se cita:

a) Constitución de la República del Ecuador

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país; representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay. La salud es un derecho que garantiza el Estado (Art. 32) y el Estado prestará especial protección a las personas en doble condición de vulnerabilidad (Art. 35)

b) El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017

A través de la Política 3.3, se garantiza la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud

c) Ley Orgánica de Salud

Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares (Art. 6).

d) Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

Es propósito del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, orientar el accionar integrado de los actores del SNS hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del PNDBV al mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana a través de la implementación del (MAIS-FCI) bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada, y transformar el enfoque médico biologista, hacia un enfoque integral en salud centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar, comunitaria como un derecho humano.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 Hipótesis General

Existen factores de riesgo que incidan en la mortalidad neonatal en el Hospital Dr. León Becerra Camacho del cantón Milagro

2.4.2 Hipótesis Particulares

- 1.- Son más frecuentes los factores de riesgo maternos que los neonatales
- 2.- Algunas de las enfermedades del recién nacido predominaron como causa de muerte neonatal
- 3.- El peso de recién nacido compromete el desarrollo de muerte neonatal
4. Son más frecuentes las muertes neonatales en los recién nacido prematuros que a los de término

2.4.3 Declaración de Variables

VARIABLE independiente

Factores de Riesgo.

VARIABLE dependiente

Mortalidad Neonatal.

2.4.4 Operacionalización de las Variables

Tabla 1. DECLARACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
INDEPENDIENTES	EDAD CRONOLÓGICA CUMPLIDOS POR LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO	BIOLÓGICA	EDAD	13-15 () 16-20 () 21-35 () >35 ()
	NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE UNA PERSONA	SOCIAL	INSTRUCCIÓN:	PRIMARIA () SECUNDARIA () SUPERIOR ()
FACTORES DE RIESGO SOCIO-DEMOGRÁFICOS	SITUACIÓN DETERMINADA POR LAS RELACIONES FAMILIARES PROVENIENTE DEL MATRIMONIO	SOCIAL	ESTADO CIVIL:	SOLTERA () CASADA () UNIÓN LIBRE () VIUDA () DIVORCIADA () SEPARADA ()
	ACTIVIDAD QUE REALIZA UNA PERSONA	SOCIAL	OCUPACIÓN	AMA CASA () ESTUDIANTE () TRABAJA () OTROS ()

	ORIGEN DE UNA PERSONA, HAY MAYOR RIESGO CUANDO SOLO POBLACIONES LEJANAS	DEMOGRÁFICOS	LUGAR DE RESIDENCIA:	URBANO () RURAL ()
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
FACTORES DE RIESGO MATERNOS	TRASTORNOS MATERNOS QUE PONEN EN RIESGO LA VIDA DEL NEONATO.	PERINATALES	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SI () NO () PREECLAMPSIA SI () NO () ECLAMPSIA SI () NO () SÍNDROME CONVULSIVO SI () NO () SÍNDROME HELLP SI () NO () DIABETES SI () NO () VIH SI () NO () SIFILIS SI () NO () ANEMIA SI () NO ()
	NÚMERO DE HIJOS QUE TIENE DURANTE SU VIDA FÉRTIL	PERINATALES	GRAVIDEZ	PRIMIGESTA SI () NO () SECUNDIGESTA SI () NO () MULTÍPARA SI () NO ()
		PERINATALES	TIPO DE EMBARAZO SEGÚN N° DE FETOS	ÚNICO SI () NO () GEMELAR SI () NO () MULTÍPARA SI () NO ()
	INTERVALO DEL TIEMPO QUE HAY ENTRE UN EMBARAZO Y OTRO	PERINATALES	PERIODO INTERGENÉSICO	> DE 1 AÑOS 2 A 3 AÑOS 4 A 6 AÑOS MÁS DE 6 AÑOS

	CONJUNTO ACTIVIDADES Y ACCIONES, CON EL OBJETIVO DE LOGRAR UNA BUENA SALUD MATERNA,	PERINATALES	NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	OPTIMO 5-7 SI () NO () MÍNIMO 3-5 SI () NO () NINGUNO 0 SI () NO ()
	MECANISMO POR EL CUAL SE LLEVA ACABO EL NACIMIENTO DE LOS RECIÉN NACIDOS	PERINATALES	PARTO	PARTO VAGINAL SI () NO () CESÁREA SI () NO () EXPULSIVO PROLONGADO SI () NO () CESÁREA DE EMERGENCIA SI () NO ()

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
<p>FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS</p>	<p>CONDICIÓN DE PATOLOGÍAS QUE CONVIERTE AL EMBARAZO EN ALTO RIESGO DE QUE INCIDEN EN LA MORTALIDAD NEONATAL</p>	<p>PERINATALES</p>	<p>PATOLOGÍAS ASOCIADAS</p>	<p>DESproporción CEFALOPÉLVICA SI () NO () INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS SI () NO () RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SI () NO () CARDIOPATÍAS SI () NO () TRAUMAS SI () NO () EMBARAZOS MÚLTIPLES SI () NO () CORIOAMNIONITIS SI () NO () BREVEDAD CORDÓN SI () NO () PLACENTA PREVIA SI () NO () DESprendimiento PREMATURO DE PLACENTA SI () NO () POLIHIDRAMNIOS SI () NO () OLIGOHIDRAMNIOS SI () NO ()</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
FACTORES RIESGO FETALES	SITUACIONES QUE CONDICIONAN EL RIESGO DE MORTALIDAD NEONATAL	PERINATALES	PATOLOGÍAS ASOCIADAS	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO SI () NO () LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL SI () NO () CIRCULAR DE CORDÓN SI () NO () HIPOXEMIA ISQUÉMICA SI () NO () HIJO MADRE DIABÉTICA SI () NO () HIPOGLICEMIA SI () NO () ERITROBLASTOSIS FETAL SI () NO () DISTOCIA DE PRESENTACIÓN SI () NO () ANOMALÍAS CONGÉNITAS SI () NO ()
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
	EDAD CALCULADA POR MÉTODOS	VALORACIÓN CAPURRO / BALLARD	SEMANAS DE GESTACIÓN	< 27 SEMANAS 28-33 SEMANAS 34-36 SEMANAS > 37 SEMANAS

		CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS	SEXO	MASCULINO FEMENINO
	EDAD DEL RECIÉN NACIDO DESDE EL PRIMER DÍA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN O POR ECOGRAFÍA	NEONATALES	EDAD GESTACIONAL	RNPR ANTES DE 37 SG RNT 37 Y < DE 42 SG RNP 42 O MÁS SG
FACTORES DE RIESGO NEONATALES	PESO CON EL QUE NACE EL RECIÉN NACIDO.	NEONATALES	PESO AL NACER	A. BAJO PESO AL NACER (1500-2499 GRAMOS) B. ADECUADO PESO AL NACER (2500-3999 GRAMOS) C. MACROSOMIA (IGUAL O > 4000 GRAMOS)
	EXAMEN CLÍNICO QUE SE REALIZA AL RECIÉN NACIDO DESPUÉS DEL PARTO, PARA VALORAR EL BIENESTAR RECIÉN NACIDO	PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN	APGAR	NORMAL: 7 – 10 MODERADA: 4 – 6 SEVERA: 0 – 3
		BOLSA Y MASCARA TUBO Y MASCARA MASAJE CARDIACO	FORMAS DE REANIMACIÓN	VENTILACIÓN A PRESIÓN POSITIVA > 1 MIN. SI () NO ()

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO QUE CONLLEVAN A LA MUERTE NEONATAL	CONSECUENCIA DE UNA PATOLOGÍA	NEONATALES	PATOLOGÍAS ASOCIADAS	ASFIXIA NEONATAL SI () NO () SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO (MEMBRANA HIALINA) SI () NO () TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO SI () NO () NEUMONÍA: CONGÉNITA SI () NO () NOSOCOMIAL SI () NO () SÍNDROME ASPIRACIÓN MECONIAL SI () NO () SEPSIS NEONATAL SI () NO () HIPERTENSIÓN PULMONAR SI () NO () INCOMPATIBILIDAD RH SI () NO ()

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEMS
<p>FACTORES RIESGO ASOCIADOS A LAS COMORBILIDADES QUE CONTRIBUYEN A LA MUERTE DE NEONATOS</p>	<p>PADECIMIENTOS QUE PUEDEN PRESENTAR EL NEONATO</p>	<p>NEONATALES</p>	<p>PATOLOGÍAS ASOCIADAS</p>	<p>INMADUREZ/PREMATUREZ SI () NO () NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA SI () NO () PESO BAJO AL NACER SI () NO () ACIDOSIS METABÓLICA SI () NO () SHOCK SÉPTICO SI () NO () ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE SI () NO () NEUMOTÓRAX SI () NO () MALFORMACIONES CONGÉNITAS SI () NO () HIPOGLUCEMIA DEL RECIÉN NACIDO SI () NO () HIPOTERMIA DEL RECIÉN NACIDO SI () NO () INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SI () NO () HIPOPLASIA PULMONAR SI () NO () INSUFICIENCIA CARDIACA SI () NO () ATRESIA ESOFÁGICA SI () NO () HEMORRAGIA VENTRICULAR SI () NO () HIDROCEFALIA SI () NO () GASTROSQUISIS SI () NO ()</p>

	MUERTE DE UN RECIÉN NACIDO VIVO ANTES DE LOS 28 DÍAS DE VIDA.			NEONATAL PRECOZ (0-6 DÍAS DE VIDA)
MORTALIDAD NEONATAL		EDAD DEL RECIÉN NACIDO FALLECIDO		
			DÍAS	NEONATAL TARDÍA (7- 27 DÍAS)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

TRANSVERSAL toma una sola vez la característica de las variables

DESCRIPTIVA ya que se tiene como objetivo indagar la incidencia y las características de una o más variables en una población

CUANTITATIVA porque está sujeto a verificación de números de casos, que son luego concentrados en busca de porcentajes respectivos, El estudio se realizará en el Hospital Dr. León Becerra Camacho del cantón Milagro, en el área neonatología, se cuenta con materiales respectivos para analizar el interés científico, Por lo tanto, se considera que la investigación es viable.

RETROSPECTIVO porque se investiga sobre hechos ocurridos en el pasado, en este caso sobre factores de riesgo en las muertes neonatales y se toma desde 2014 al 2017,

DE CAMPO pues se obtienen resultados directos de historiales clínicos de pacientes de área de neonatología y ginecología del hospital Dr. León Becerra Camacho, de acuerdo a los objetivos planteados

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

Todo neonato que ha nacido en Hospital Dr. León Becerra Camacho Del Cantón Milagro

3.2.2 Delimitación de la población

Todo neonato que ingreso al servicio de neonatología

3.2.3 Tipo de muestra

Los que han fallecido en servicios de neonatología (probabilístico fueron tomada de forma directa de las historias clínica de neonatos fallecidos en servicio de neonatología

3.2.4 Tamaño de la muestra

Son 75 neonatos fallecidos entre 2014 al 2017 en servicio de neonatología

3.2.5 Proceso de selección

El proceso de selección de la muestra es aleatorio dentro del muestreo probabilístico

3.2.6 Criterios Inclusión

Neonato que fallecen en servicios de neonatología
Recién nacido hasta los 28 días de vida

3.2.7 Criterios Exclusión

Niños que cumplen más de 28 días de vida y ya no son considerados Neonatos que no ingresan al área de neonatología

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

HIPOTÉTICO-DEDUCTIVO

Porque se estudia la problemática y todos sus fenómenos deduciendo la aparición de muertes neonatales asociadas a los factores de riesgo y realizar la comprobación de una hipótesis comparándolo con la realidad de la investigación

MÉTODO EMPÍRICOS

Observación. Se utilizan el instrumento validado para la recolección de datos

TÉCNICA DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizo una ficha de recolección de datos el cual se realizó un plan piloto para luego con los resultados ser validado por juicio de expertos para garantizar que cumple con los estándares y puede ser utilizado en el trabajo de investigación, una vez validado por el Especialista en Pediatra, Neonatología, y PhD, se realizó la recolección de datos respectivos del historial clínico ginecológico y neonatal a través de las carpetas clínica y el sistema software SAISS del área de estadísticas del Hospital Dr. León Becerra Camacho del Cantón Milagro

3.4 EL TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACIÓN

Para el proceso estadístico y análisis de la información recogida de las historias clínicas mediante instrumento de validación se utilizará el análisis Se procesó y analizó la información recolectada al programa estadístico de Microsoft Excel en conjunto con IBM SPSS, donde y clasificara los datos por tipo de variable

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Características sociodemográficas de las madres de los neonatos fallecidos en el Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017

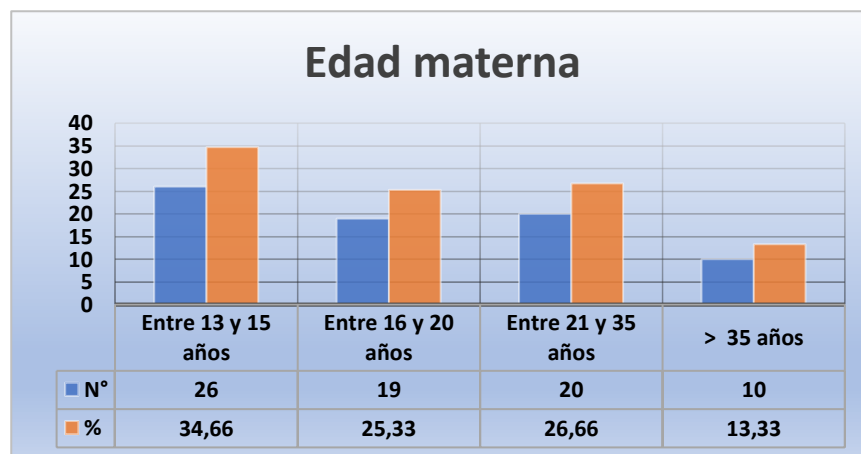
Tabla 2. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la edad materna

EDAD MATERNA	N°	%
ENTRE 13 Y 15 AÑOS	26	34,66
ENTRE 16 Y 20 AÑOS	19	25,33
ENTRE 21 Y 35 AÑOS	20	26,66
> 35 AÑOS	10	13,33
TOTAL	75	100

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 2. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la edad materna



Análisis e interpretación

La edad promedio de madres cuyos productos fallecieron con 13-15 años de edad es de mayor porcentaje con 34,66%, seguidas con un 25,33% de las madres entre 16 y 20 años; un 26,66% de las madres entre 21 y 35 años; así mismo se ven caso de muertes neonatal con mucha menor frecuencia en un 13,33% en madres mayores 35 años.

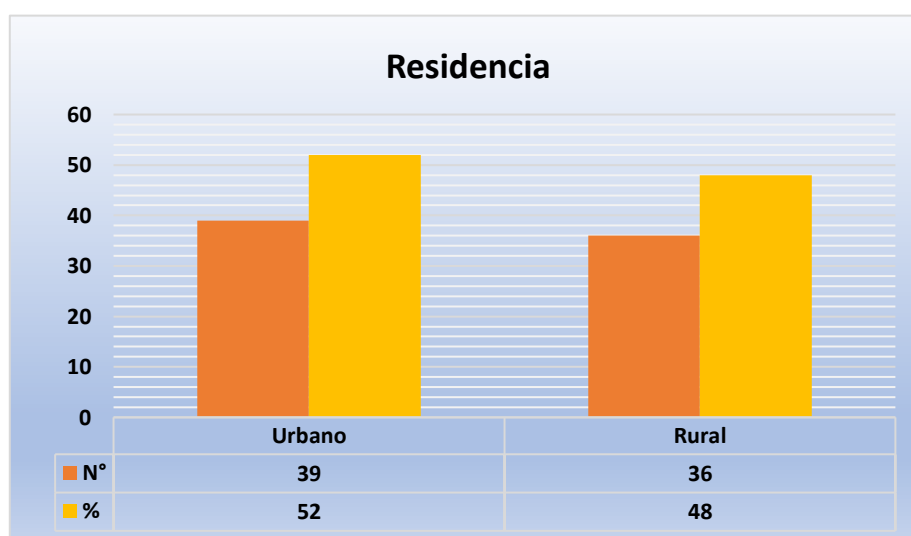
Tabla 3. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta su residencia

RESIDENCIA	N°	%
URBANO	39	52
RURAL	36	48
TOTAL	75	100

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 3. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la zona de residencia



Análisis e interpretación

Se evidencio que el mayor porcentaje de los neonatos fallecido provienen de madre que residen en zona urbana con 52%; seguida de la zona rural de 48% no existiendo una diferencia abismal que termine siendo considerado un factor.

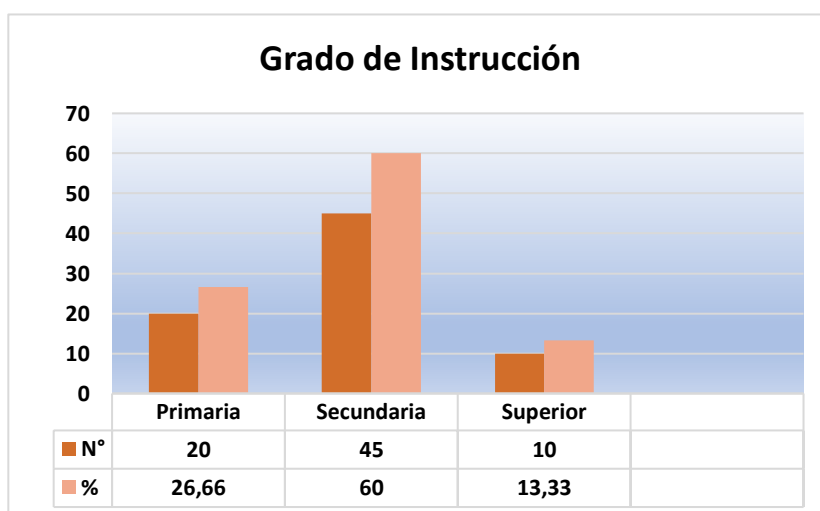
Tabla 4. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el grado instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
PRIMARIA	20	26,66
SECUNDARIA	45	60
SUPERIOR	10	13,33
TOTAL	75	100

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 4. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el grado instrucción



Análisis e interpretación

Se observa que mayor porcentaje de las madres de neonatos fallecidos presenta grado instrucción secundaria 60% en primer lugar, seguido del 26,66% instrucción primaria, y el 13,33% superior.

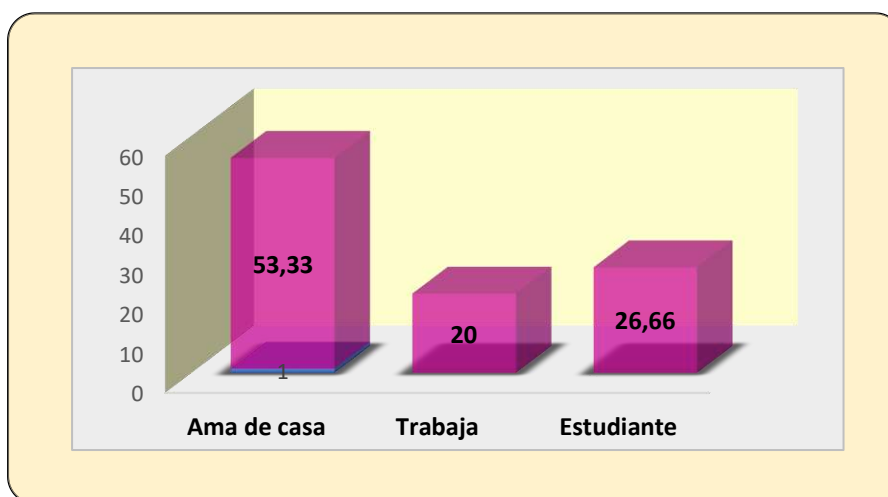
Tabla 5. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la ocupación

OCUPACIÓN	N°	%
AMA DE CASA	40	53,33
TRABAJA	15	20
ESTUDIANTE	20	26,66
TOTAL	75	100

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 5. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la ocupación



Análisis e interpretación

Se muestra que el 53,33% de las madres de los neonatos fallecidos laboran como ama de casa, un 26,66% son estudiantes y 20 % trabaja. Lo que podría limitar los controles prenatales, y además es relevante pues sus familias dependen de trabajo paterno.

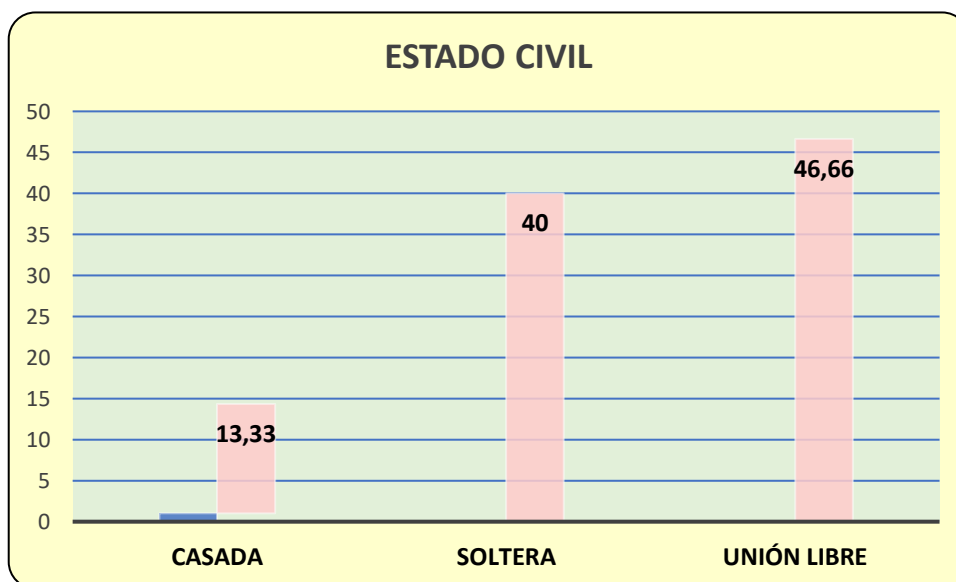
Tabla 6. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el estado civil

ESTADO CIVIL	N°	%
CASADA	10	13,33
SOLTERA	30	40
UNIÓN LIBRE	35	46,66
TOTAL	75	100

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 6. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el estado civil



Análisis e interpretación

Evidencia que un mayor porcentaje tiene un estado civil conveniente (unión libre) 46,66%, seguidos 40% soltera, y solo 13,33% casada

Factores obstétricos-Maternos de las madres de los neonatos fallecidos en el Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017

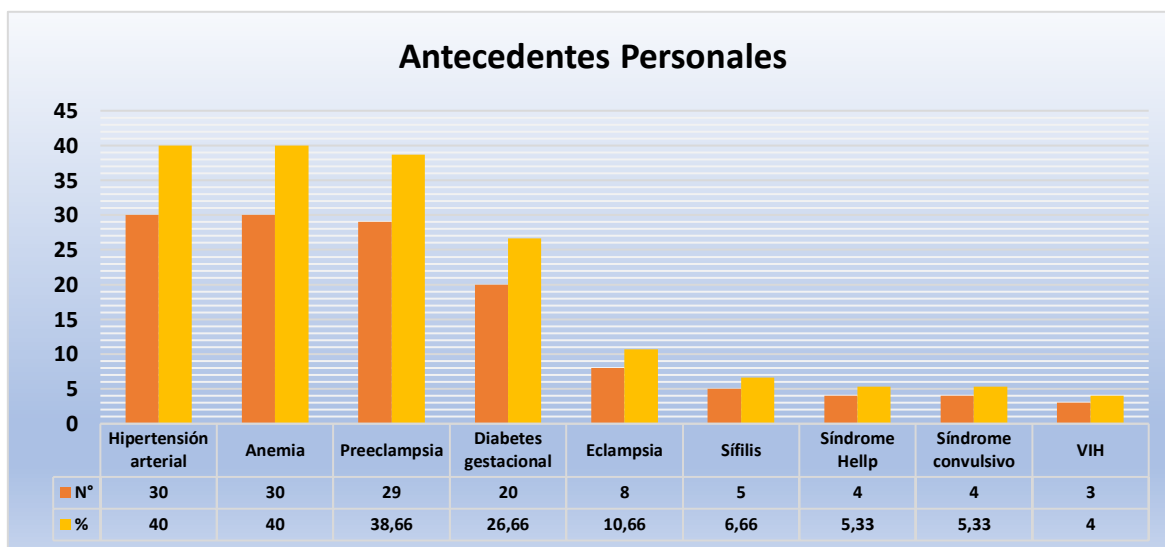
Tabla 7. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los antecedentes personales de la madre

ANTECEDENTES PERSONALES	N°	%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	30	40
ANEMIA	30	40
PREECLAMPSIA	29	38,66
DIABETES GESTACIONAL	20	26,66
ECLAMPSIA	8	10,66
SÍFILIS	5	6,66
SÍNDROME HELLP	4	5,33
SÍNDROME CONVULSIVO	4	5,33
VIH	3	4

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 7. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los antecedentes personales de la madre



Análisis e interpretación

En el estudio se encontró 40% de las madres de neonatos fallecidos presentaron Hipertensión arterial, y anemia durante el embarazo, con un 38,66% preeclampsia, seguido de un 26,66% con Diabetes gestacional, el 10,66% presento eclampsia, con un menor porcentaje un 6,66% tuvieron sífilis, con un 5,33% síndrome convulsivo y síndrome HELLP y el 4% presento VIH

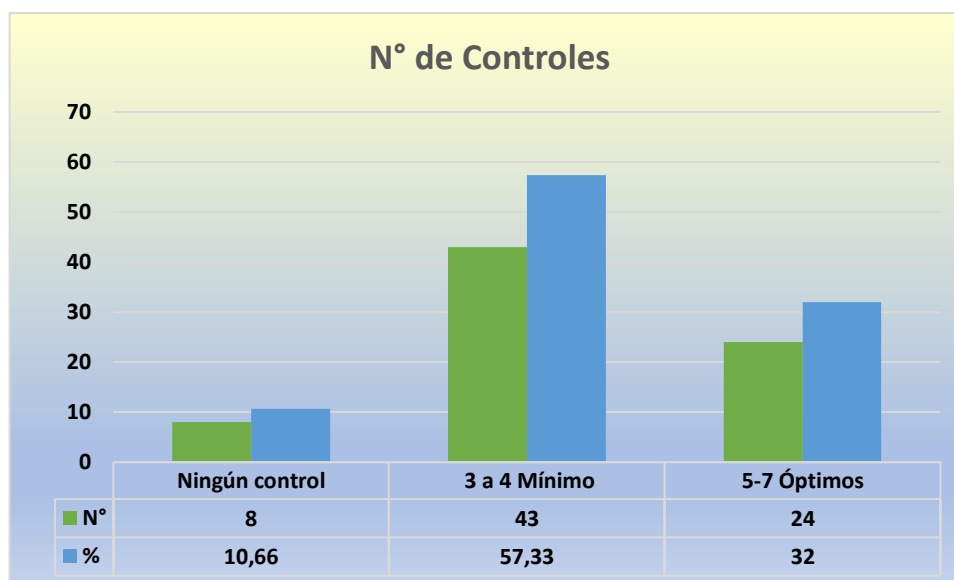
Tabla 8. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el número de controles prenatales

N° DE CONTROLES	N°	%
NINGÚN CONTROL	8	10,66
3 A 4 MÍNIMO	43	57,33
5-7 ÓPTIMOS	24	32
TOTAL	75	100

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 8. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el número de controles prenatales



Análisis e interpretación

Se observó que el 57,33% de los neonatos fallecidos tuvieron madres que presentaron el mayor número de controles prenatales, y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un número óptimo de 5

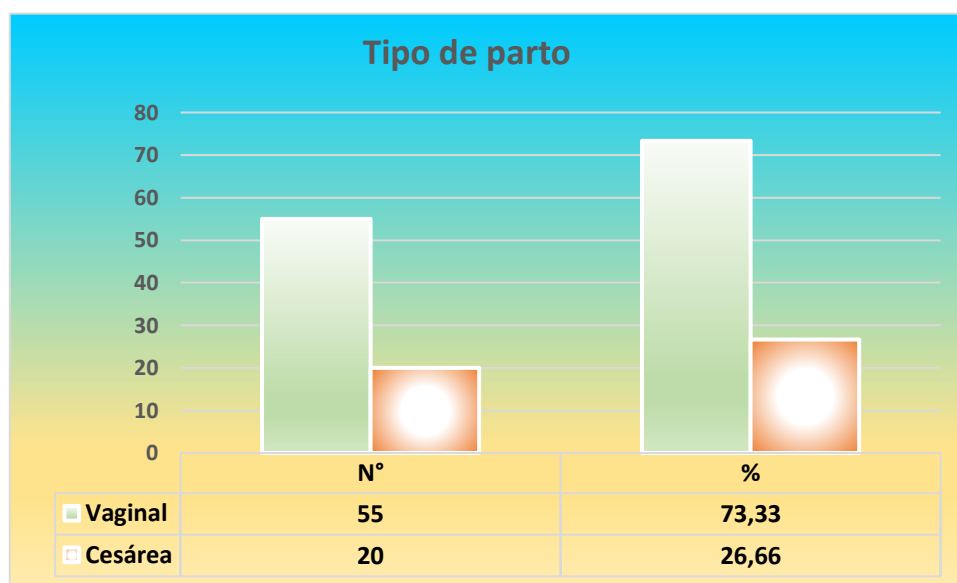
Tabla 9. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el tipo de parto

TIPO DE PARTO	N°	%
VAGINAL	55	73,33
CESÁREA	20	26,66

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 9. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el tipo de parto



Análisis e interpretación

En el estudio se encontró que con mayor prevalencia de esos fallecimientos fue por vía vaginal en 73,33% en relación a la cesárea en 26,66%.

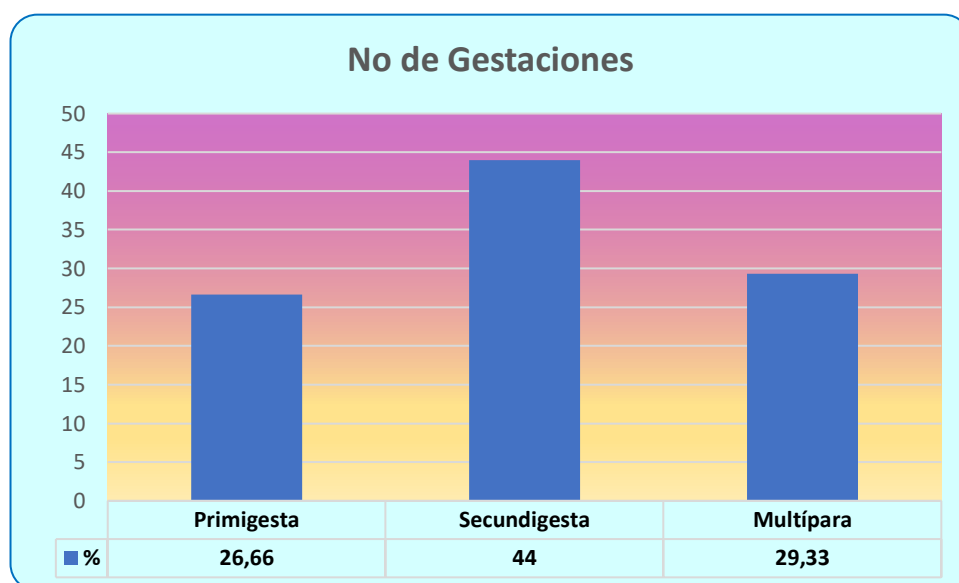
Tabla 10. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el número de gestaciones

N° DE GESTACIONES	N°	%
PRIMIGESTA	20	26,66
SECUNDIGESTA	33	44
MULTÍPARA	22	29,33

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 10. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el número de gestaciones



Análisis e interpretación

Se observó que mayor índice de estas muertes neonatales son hijos de madres secundigestas en un 44%, seguida de las multíparas en un 29,33% y con menor porcentaje las primigestas en 26,66%

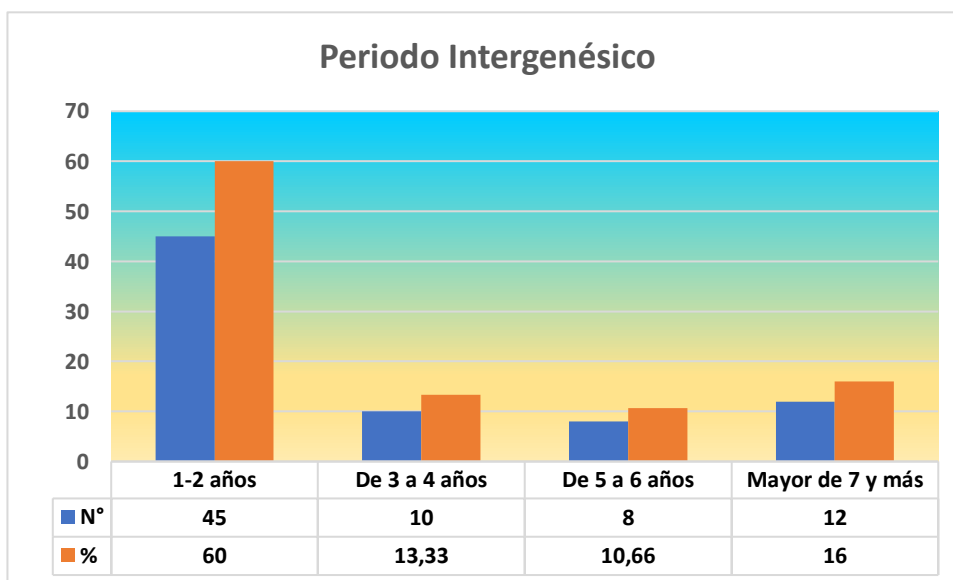
Tabla 11. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el periodo intergenésico

PERIODO INTERGENÉSICO	N°	%
1-2 AÑOS	45	60
DE 3 A 4 AÑOS	10	13,33
DE 5 A 6 AÑOS	8	10,66
MAYOR DE 7 Y MÁS	12	16

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 11. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el periodo intergenésico



Análisis e interpretación

Se observa que las madres de estos neonatos fallecidos presentaron un periodo corto intergenésico entre 1 a 2 años con mayor porcentaje en 60% frente a los mayores de 7 años

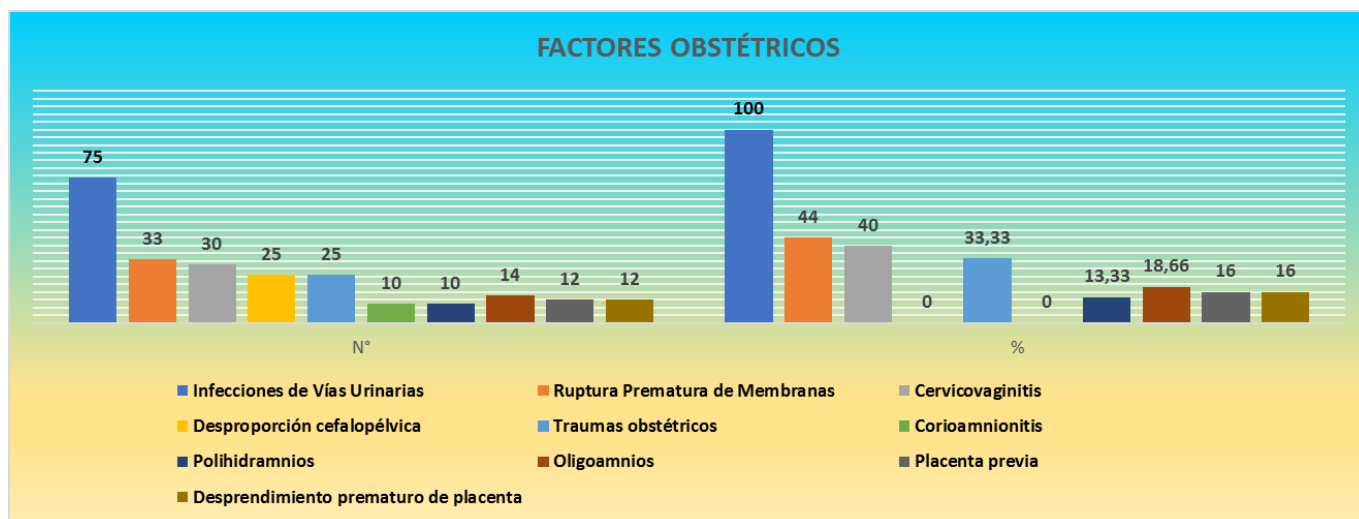
Tabla 12. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los factores de riesgo obstétricos perinatales

FACTORES OBSTÉTRICOS (DE 75 RN)	N°	%
INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS	75	100
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	33	44
CERVICOVAGINITIS	30	40
DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA	25	33,33
TRAUMAS OBSTÉTRICOS	25	33,33
CORIOAMNIONITIS	10	13,33
POLIHIDRAMNIOS	10	13,33
OLIGOAMNIOS	14	18,66
PLACENTA PREVIA	12	16
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	12	16

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho,

Elaboración: Md. Carla Sampetro Merchán

Cuadro 12. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los factores de riesgo obstétricos



Análisis e interpretación.

Según los factores de riesgo obstétricos en mayor frecuencia que inciden en la mortalidad neonatal esta IVU con el 100%, seguidos RPM el 44%; Enfermedades cervicovaginitis con un 40%, además que la desproporción cefalopélvica junto a los traumas obstétricos tuvo un 33.33%, en menor porcentaje con 18,66% esta oligoamnios, con desprendimientos de placenta y placenta previa un 16% y polihidramnios y la Corioamnionitis con el 13,33%

Factores de riesgo Fetales de los recién nacidos fallecidos en el Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-201

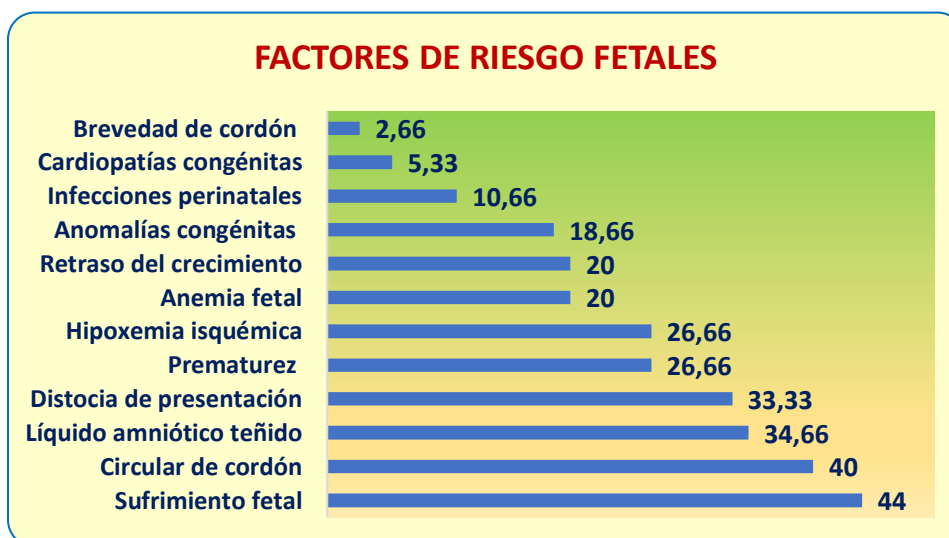
Tabla 13. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los Factores de Riesgo Fetales

FACTORES DE RIESGO FETALES (DE 75 RN)	Nº	%
SUFRIMIENTO FETAL	33	44
CIRCULAR DE CORDÓN	30	40
LÍQUIDO AMNIÓTICO TEÑIDO	26	34,66
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	25	33,33
HIPOXEMIA ISQUÉMICA	20	26,66
PREMATUREZ	20	26,66
ANEMIA FETAL	15	20
RETRASO DEL CRECIMIENTO	15	20
ANOMALÍAS CONGÉNITAS	14	18,66
INFECCIONES PERINATALES	8	10,66
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS	4	5,33
BREVEDAD DE CORDÓN	2	2,66

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho,

Elaboración: Md. Carla Sampedro Merchán

Cuadro13. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta los factores de riesgo Fetales



Análisis e interpretación

Se identificó que mayor número de casos que inciden en los factores de riesgo fetales fue en 44% sufrimiento fetal, seguido con un 40% de casos con circular de cordón, con un 34,66% tuvieron líquido amniótico teñido, seguido con el 33,33% de distocia de presentación, además que la prematurez y la hipoxia isquémica en 26,66%, también con un 20% retraso del crecimiento y anemia fetal.

Factores de Riesgo neonatales de los recién nacidos fallecidos en el Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017

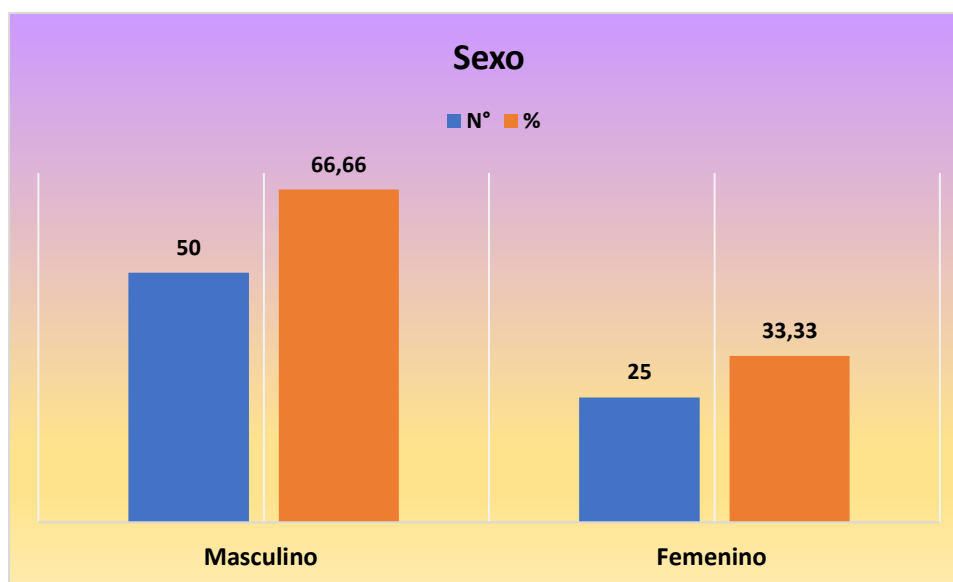
Tabla 14. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta genero

SEXO	N°	%
MASCULINO	50	66,66
FEMENINO	25	33,33

Fuente: Historias clínicas, software SAIS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 14. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta genero



Análisis e interpretación

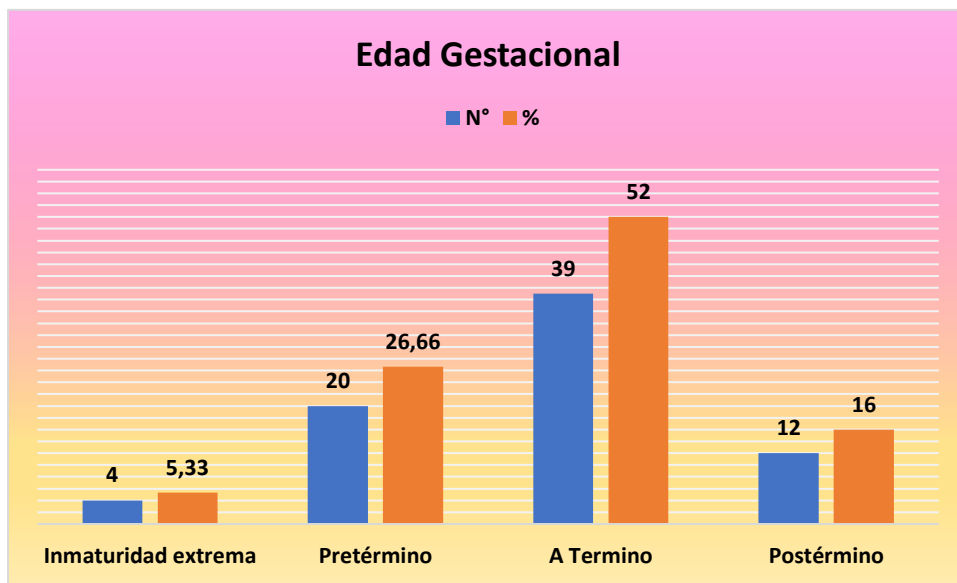
De los neonatos ingresado al servicio de neonatología predomino el sexo masculino con mayores fallecimientos de estos neonatos en 66,66%, frente al sexo femenino 33.33%, se sigue teniendo el hecho de que el sexo femenino neonatal son más fortalecidas que los masculinos.

Tabla 15. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta Edad Gestacional

EDAD GESTACIONAL	N°	%
INMATURIDAD EXTREMA	4	5,33
PRETÉRMINO	20	26,66
A TERMINO	39	52
POSTÉRMINO	12	16

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho
 Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 15. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta Edad Gestacional



Análisis e interpretación

Se observa mayor prevalencia de neonatos fallecidos a términos de edad gestacional comprendida 39-37 semanas en 52%, seguidos de recién nacido pretérminos de edad gestacional comprendida 36-31 semanas en 26,66%; con un 16% con edad gestacional de 40 semanas y menor porcentaje 5,33% inmadurez extrema en recién nacido de edad gestacional < de 30 semanas de gestación

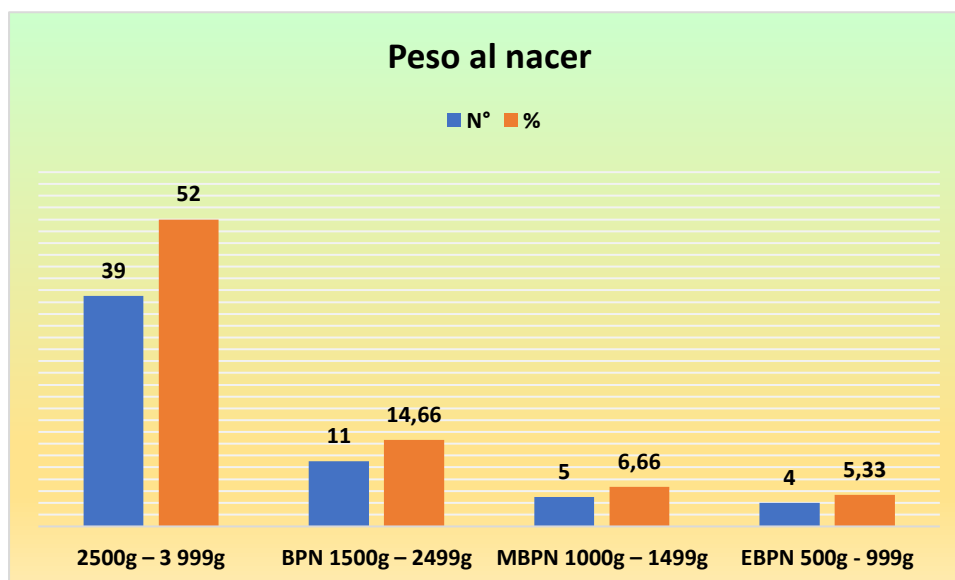
Tabla 16. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el Peso al nacer

PESO AL NACER	N°	%
2500G – 3 999G	39	52
BPN 1500G – 2499G	11	14,66
MBPN 1000G – 1499G	5	6,66
EBPN 500G - 999G	4	5,33
IGUAL O > 4000G	16	21,33

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 16. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el Peso al nacer



Análisis e interpretación

En el estudio se encontró que los recién nacido con mayor incidencia de mortalidad neonatal fue el peso adecuado para la edad gestacional el cual presento mayor mortalidad neonatal en un 52%

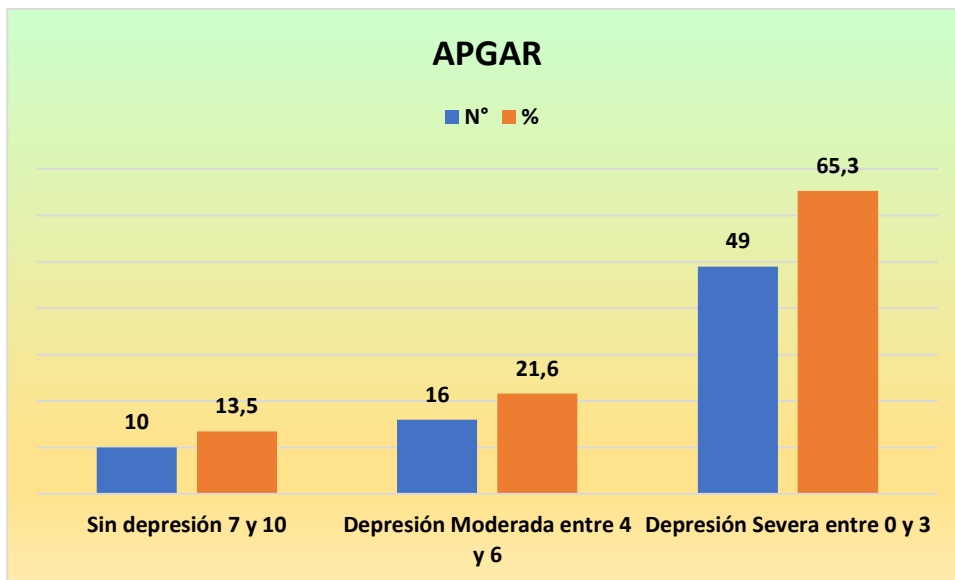
Tabla 17. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta APGAR al nacer

APGAR	N°	%
SIN DEPRESIÓN 7 Y 10	10	13,5
DEPRESIÓN MODERADA ENTRE 4 Y 6	16	21,6
DEPRESIÓN SEVERA ENTRE 0 Y 3	49	65,3

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 17. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta APGAR al nacer



Análisis e interpretación

Al nacimiento presentaron en mayor porcentaje el 65,30% tuvo depresión severa seguido depresión modera en 21,60%

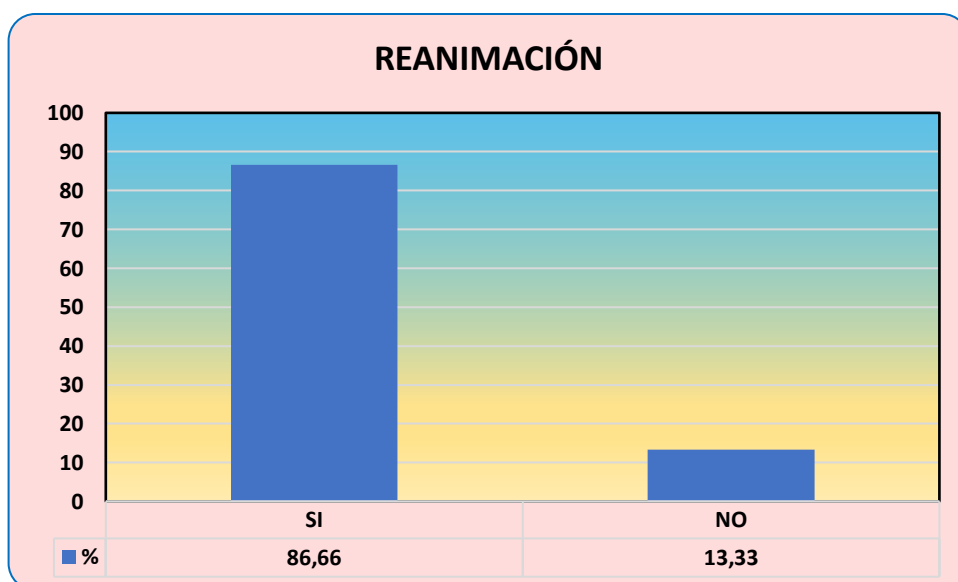
Tabla 18. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la Reanimación Neonatal

REANIMACIÓN	N°	%
SI	65	86,66
NO	10	13,33

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 18. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta la Reanimación Neonatal



Análisis e interpretación

Al nacimiento de estos neonatos fallecidos se observó que fueron reanimados en un 86,66%

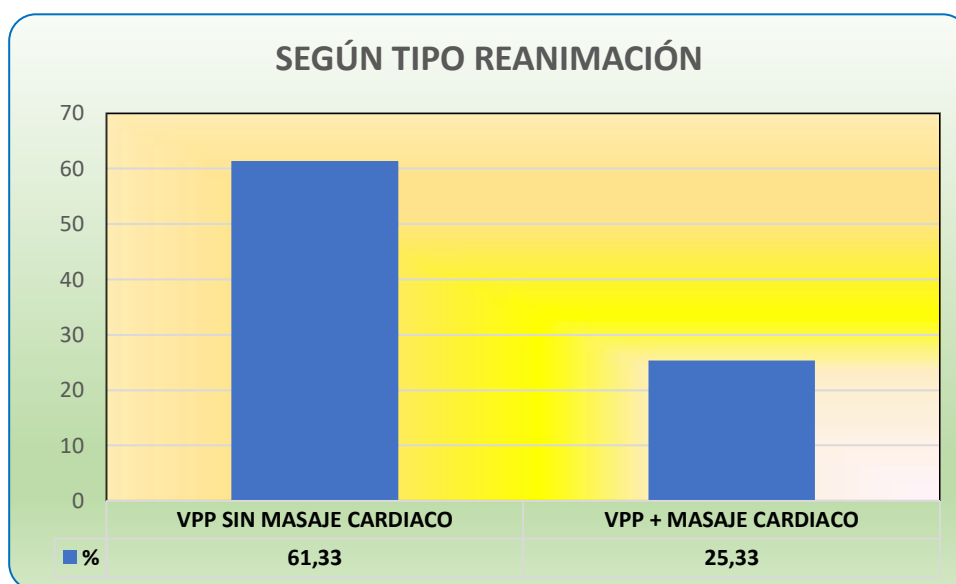
Tabla 19. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta según el tipo Reanimación Neonatal

SEGÚN TIPO REANIMACIÓN	N°	%
VPP + MASAJE CARDIACO	19	25,33
VPP SIN MASAJE CARDIACO	46	61,33

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 19. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta según el tipo Reanimación Neonatal



Análisis e interpretación

De esos neonatos fallecidos el 61,33% necesito ventilación a presión positiva sin masaje cardiaco

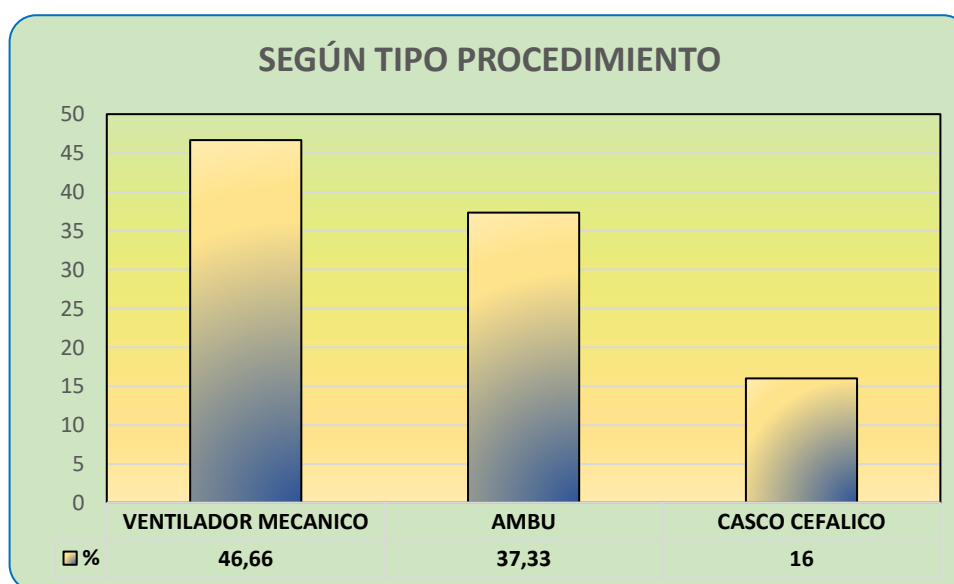
Tabla 20. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el plan terapéutico posterior al nacimiento

SEGÚN TIPO PROCEDIMIENTO	N°	%
VENTILADOR MECANICO	35	46,66
AMBU	28	37,33
CASCO CEFALICO	12	16

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 20. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta el plan terapéutico posterior al nacimiento



Análisis e interpretación

De esos neonatos fallecidos necesito entrar al ventilador mecánico en un 46,66% y el 37,33% solamente se quedó recibiendo ventilación a presión positiva y el 16% quedo solo con casco cefálico

Enfermedades del recién nacido que conllevan a las muertes neonatales fallecidos en el Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017

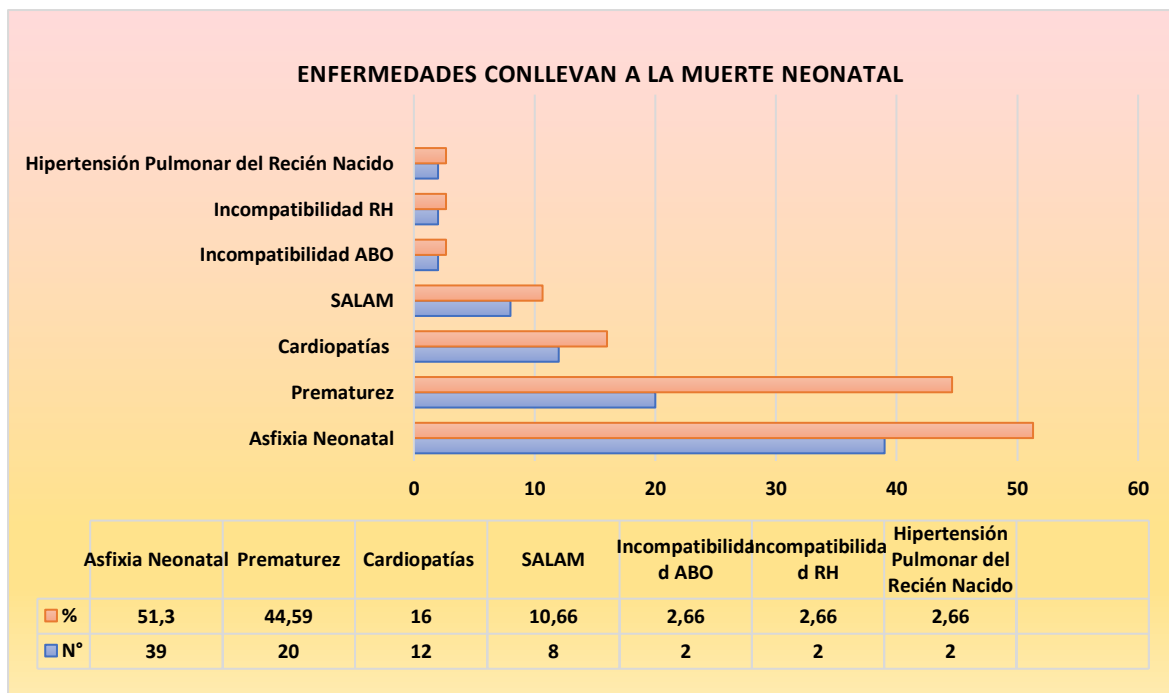
Tabla 21. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta las enfermedades más frecuentes que conllevan a la muerte neonatal

ENFERMEDADES QUE CONLLEVAN A LA MUERTE NEONATAL	N°	%
ASFIXIA NEONATAL	39	51,3
PREMATUREZ	20	44,59
CARDIOPATÍAS	12	16
SALAM	8	10,66
INCOMPATIBILIDAD ABO	2	2,66
INCOMPATIBILIDAD RH	2	2,66
HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL RECIÉN NACIDO	2	2,66

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 21. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta las enfermedades más frecuentes que conllevan a la muerte neonatal



Análisis e interpretación

De las enfermedades que desarrollo posterior al nacimiento en mayor porcentaje se dio en un 52% las Asfixia Neonatal, seguido Prematurez con 44,59%, con un 16% Cardiopatías y un 10,66% Síndrome Aspiración de líquido Amniótico

Patología que se asocian a las comorbilidades que constituyen las muertes neonatales en el Hospital Dr. León Becerra Camacho 2014-2017

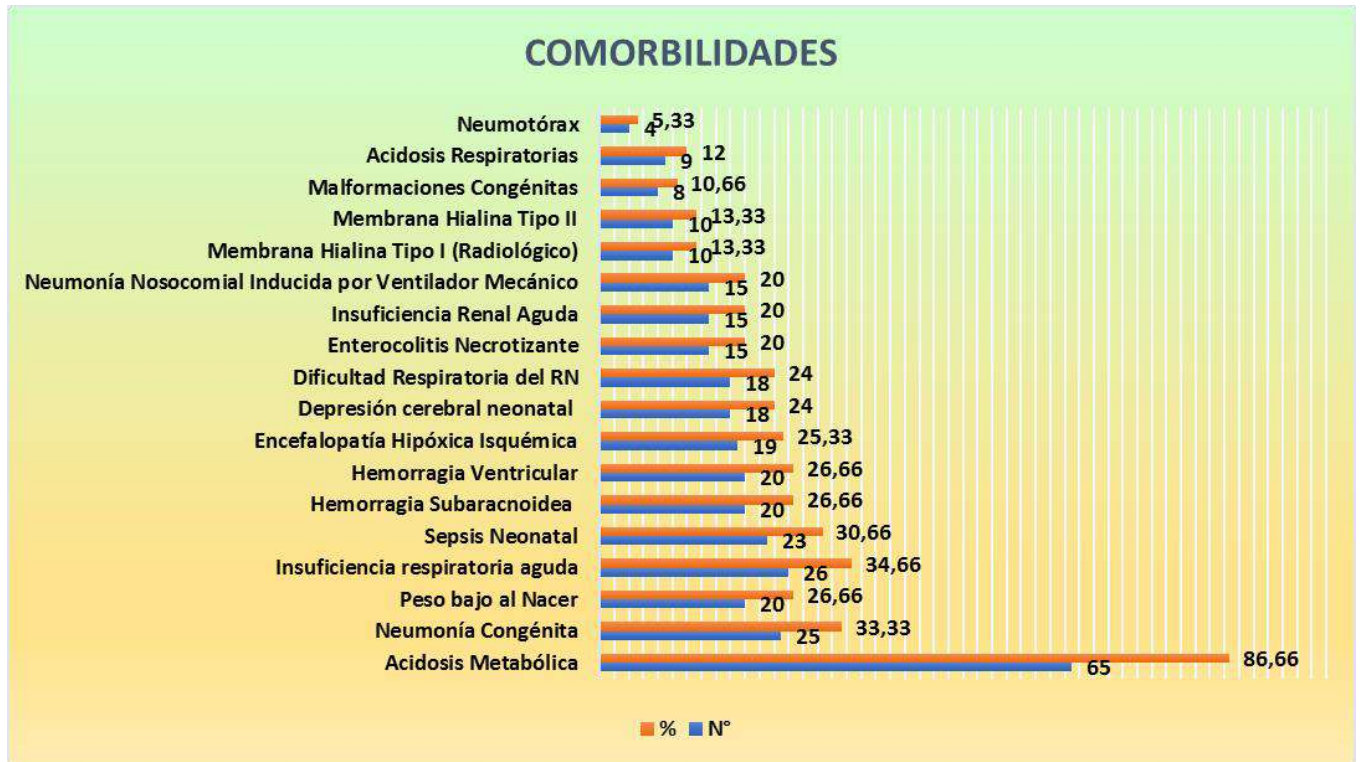
Tabla 22. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta las comorbilidades más frecuentes que produce la muerte de los recién nacido en servicios de neonatología

COMORBILIDADES	N°	%
ACIDOSIS METABÓLICA	65	86,66
NEUMONÍA CONGÉNITA	25	33,33
PESO BAJO AL NACER	20	26,66
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	26	34,66
SEPSIS NEONATAL	23	30,66
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	20	26,66
HEMORRAGIA VENTRICULAR	20	26,66
ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA ISQUÉMICA	19	25,33
DEPRESIÓN CEREBRAL NEONATAL	18	24
DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RN	18	24
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	15	20
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	15	20
NEUMONÍA NOSOCOMIAL INDUCIDA POR VENTILADOR MECÁNICO	15	20
MEMBRANA HIALINA TIPO I (RADIOLÓGICO)	10	13,33
MEMBRANA HIALINA TIPO II	10	13,33
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	8	10,66
ACIDOSIS RESPIRATORIAS	9	12
NEUMOTÓRAX	4	5,33

Fuente: Historias clínicas, software SAISS servicio: Unidad Neonatología, Hospital León Becerra Camacho

Elaboración: Médico Carla Marcela Sampedro Merchán

Cuadro 22. Casos de mortalidad neonatal tomando en cuenta las comorbilidades más frecuentes que produce la muerte de los recién nacido en servicios de neonatología



Análisis e interpretación

La comorbilidad más frecuente de estas muertes neonatales tuvo en 86,66% acidosis metabólica, seguidos 34,66% con insuficiencia respiratoria aguda, el 33,33% con Neumonía congénita y con 30,66% Sepsis neonatal, seguida del Bajo peso al nacer, Hemorragias Subaracnoidea y hemorragia Ventricular con el 26,66%; además un 25,33% presentaron Encefalopatía hipóxica isquémica, seguida de un 24% con Dificultad respiratoria y Depresión neonatal; el 20% de estos presento Neumonía nosocomial inducida por ventilador mecánico, Enterocolitis necrotizante e Insuficiencia renal aguda.

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

En el estudio de investigación, la edad fue un factor importante, donde tuvo mayor índice de riesgo en madres de 13 a 15 años de edad corresponde en un 34,66%, seguidas con un 25,33% de las madres que tenía 16 y 20 años. En un artículo publicado en revista chilena de obstetricia ginecología por Mendoza, y Gómez refiere que la edad menores 15 años al momento del parto se convirtió en determinante asociado a mortalidad neonatal, mientras que una edad entre 26-35 años fue protector.

La edad materna está asociada de manera independiente a mortalidad perinatal, por lo que es un factor importante en nuestro medio, ya que existe gran índice de madres adolescentes, lo que presenta desventajas por las condiciones de su inmadurez biológica y socioeconómica, y lo corrobora el mismo estudio realizado por (Luis Mendoza Tascon, 2017)

Otro de los factores que se evidencio de estas madres adolescentes y las jóvenes entre 16 a 25 años, su procedencia represento un porcentaje alto en la zona urbana con un 52%, lo que llama la atención es que no fue tan abismal para la zona rural con un 48%, quiere decir que ya no es solo la zona rural como antes se pensaba presentaba riesgo por la lejanía de sus hogares a un centro de atención de salud, por otro lado se relaciona que estas mujeres tenía un grado de instrucción secundaria en un 60% y de ella la mitad solo había llegado hasta segundo de básica dedicándose al hogar en un 53,33%

En el estudio Factores de Riesgo Asociados a la Mortalidad Neonatal en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Coronel por Leonarda Pino Ocampos, se visualiza lo contrario de la investigación presente se visualiza aquí que el nivel de instrucción tuvo más relevancia fue la primaria en un 51% que la secundaria con el 37% la secundaria, y la ocupación de las madres para los casos, el 93% se dedica a los quehaceres domésticos la cual fue la similitud de nuestro estudio.

Lo que demuestra que la educación reproductiva en nuestra adolescente y mujeres jóvenes sigue siendo deficiente, sigue habiendo carencias en lo determinantes socioeconómicos, la falta de concientización en la comunidad sobre la importancia de la concepción y lo difícil es cambiar su idiosincrasia con respecto a un embarazo de una adolescente, ya que actualmente se lo está considera como lo más normal, por lo que la hace una población vulnerable en todos los aspectos.

Esto trae la mala adherencia en el cuidado del embarazo, la falta de visitas a los controles prenatales, ocasionando esto trabajos de partos prematuros, sangrados, o abortos.

Otros factores encontrados fue en los antecedentes personales estas mismas mujeres presentaron Hipertensión arterial, anemia durante el embarazo en un 38,66%, en las adolescentes presentaron preeclampsia en un 26,66% y las jóvenes entre 16 y 25 años tuvieron Diabetes gestacional un 10.66%

Mendoza y Gómez refieren que existen complicaciones durante la gestación (diabetes, obesidad, hipertensión arterial asociada a la gestación, preeclampsia,) relacionadas con el tipo de nacimiento, condiciones del parto, etc., en un hallazgo similar encontrado por Vogel, que las infecciones maternas, hipertensión arterial crónica, preeclampsia/eclampsia, anemia grave y trabajo de parto prematuro se asociaron a mortalidad neonatal temprana. Tal como se evidencia de la misma manera en nuestro estudio. (Luis Mendoza Tascon, 2017)

Un factor importante en nuestra investigación que sigue en controversia es que los controles para llamarlos óptimos serian en número de cinco, en otras literaturas refiere que es mayor de 6 y que inclusive si presenta más controles sería realmente optimo, pero en este estudio se encontró que el control prenatal fue de 3 a 4 controles mínimos en un 57,33%.

Según en otro estudio de Mendoza y Gómez refiere que el CPN reduce el riesgo de mortalidad del binomio madre-hijo. siempre y cuando sea temprano, continuo, completo, extenso de cobertura y calidad. De similar manera, un menor número de visitas en el CPN (menores de 7 visitas), se asocia a mortalidad neonatal. Parecido a lo encontrado en nuestra investigación. (Luis Mendoza Tascon, 2017)

En el estudio se encontró que con mayor prevalencia de esos fallecimientos fue aquellos que nacieron por vía vaginal en un 73,33% en relación a los que nacieron por cesárea en un 26,66%. En el estudio “Influencia de los antecedentes maternos en la mortalidad neonatal” de Lorenzo Osorno Covarrubias refirió que, en cuanto a la vía de terminación del parto, el espontáneo representó menor riesgo de mortalidad y la cesárea se asoció con elevada mortalidad. Naturalmente siendo totalmente distinto a los encontrado en nuestro estudio, sin embargo, es necesario aclarar que de los que nacen por vía espontánea vaginal un gran porcentaje estuvo expulsivo prolongado

También se evidencia que estas muertes neonatales en el presente estudio se observó un periodo corto intergenésico entre 1 a 2 años con mayor porcentaje en un 60% al igual que Mendoza, describen que un periodo intergenésico menor de 2 años, con antecedentes de embarazo múltiple, ya sea preeclampsia, oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino y sangrado del tercer trimestre fueron factores asociados con prematuridad, una de las principales causas asociadas a mortalidad neonatal (Luis Mendoza Tascon, 2017)

De las enfermedades que desarrollo posterior al nacimiento en mayor porcentaje de nuestro estudio se dio en un 52% las Asfixia Neonatal en quienes se relacionó además la edad gestacional, el peso y factores obstétricos como desproporción cefalopélvica y traumas obstétricos. comparativamente, la asfixia perinatal fue causa importante de mortalidad fetal, neonatal y perinatal (1%, 5,3%, 1,8% respectivamente) en 2013 en Nueva Zelanda, según estudio Determinantes biológicos de mortalidad neonatal, en una población de mujeres adolescentes y adultas de un hospital en Colombia de Mendoza y colaboradores. (Luis Mendoza Tascon, 2017)

4.3 RESULTADOS

En la población estudiada encontramos que los factores de riesgo que incidieron en mayor porcentaje en la mortalidad neonatal fueron la edad como un factor importante en estos fallecimientos, teniendo que 34,66% se dio mujeres de 13 a 15 años y en 25,33% en mujeres 16 a 20 años, y que el restante que fue un 26,66% en mujeres entre 21 y 35 con mucha menor frecuencia con el 13,33% en mujeres mayores 35 años. Además, nos revelo que la mayor parte de estas madres provenían de la zona urbana con el 52%, con un grado de instrucción de nivel secundaria en un 60%, dedicadas a labores casa con 53,33%

El estudio revelo que el 40% de las madres primigestas de edades de 13 a 15 años presentaron Hipertensión arterial, y anemia durante el embarazo, que las madres restantes presentaron preeclampsia en un 38,66%, seguido de un 26,66% con Diabetes gestacional, en estas se observó que el 57,33% tuvieron controles mínimos.

El mayor índice de estas muertes neonatales son hijos de madres secundigestas en un 44%, seguida de las multíparas en un 29,33% con terminación del parto por vía vaginal en un 73,33% mientras que por cesárea terminaron en un 26,66%. Estas presentaron un periodo corto intergenésico entre 1 a 2 años con mayor porcentaje en 60% frente a los mayores de 7 años. Además, el 100% de estas pacientes tuvieron infecciones de vías urinarias acompañadas con el 44% de RPM y en conjunto de las enfermedades cervicovaginitis con un 40%, lo que llama la atención que otros factores no muy alejados estuvieron presentes como factores de estas muertes como fue la desproporción cefalopélvica junto a los traumas obstétricos en un 33.33%.

Entre los factores de riesgo fetales ocupa el primer lugar con el 44%, el sufrimiento fetal, y estos se relacionan con presencia de circular de cordón, en el 40 % y presencia de líquido amniótico teñido en un 34,66%, seguido con el 33,33% de distocia de presentación, pero de igual manera hubo neonatos comprometidos por su prematuridad y la hipoxia isquémica en un 26,66%.

Entre los factores neonatales el más predominante fue el sexo masculino con el 66,66%, además que se relaciona con una edad gestacional adecuada y a término con el 52%, De estos neonato el 65,30% presento depresión severa y fue reanimado el 86,66%, de ellos, el 61,33% necesito ventilación a presión positiva sin masaje cardiaco y el 46,66% necesito entrar al ventilador mecánico y mantenido en hospitalización

De las enfermedades, como factor principal ,que conllevaron a la muerte neonatal como primera causa en nuestro estudio está la Asfixia Neonatal con 52% , seguido con la Prematurez con un 44,59%, las cuales se asociaron otras complicaciones y patologías como fue alteración metabólicas como la acidosis metabólica en un 86,66%, seguidos 34,66% falleció con insuficiencia respiratoria aguda, el 33,33% debuto con Neumonía congénita, y con el 30,66% tuvo Sepsis neonatal, también debemos mencionar que el Bajo peso al nacer, Hemorragias Subaracnoidea y hemorragia Ventricular fueron factores encontrado con el 26,66%; y con un 25,33% tuvo Encefalopatía hipóxica isquémica.

4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 23. Hipótesis y verificación de los resultados de la investigación

HIPÓTESIS	VERIFICACIÓN
Existen factores de riesgo que incidan en la mortalidad neonatal en el Hospital Dr. León Becerra Camacho del cantón Milagro	Si hipótesis ha sido verificada se demuestra el resultado del instrumento de validación
Es más frecuente los factores de riesgo maternos que los neonatales	Si la hipótesis es verdadera y real, se comprueba en el resultado en las guías de recolección de datos
Algunas de las enfermedades del recién nacido predominarían como causa de muerte neonatal	Si, hipótesis positiva, verdadera y se demuestra el resultado del instrumento de validación
El peso de recién nacido pudiera ser comprometedora para el desarrollo de muerte neonatal	Si, hipótesis es positiva y real, se demuestra el resultado del instrumento de validación
Es más frecuentes las muertes neonatales en los recién nacido prematuros que a los de término	Hipótesis es distinta a lo encontrado lo que se demuestra en el resultado del instrumento de validación

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Fortalecimiento del desarrollo de los protocolos de las Guías Práctica Clínicas, que permita contribuir a la mejoría de la calidad en la atención integral del parto en los servicios de ginecología y neonatología.

5.2 FUNDAMENTACIÓN

Se ha demostrado que la mayoría de los factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal se debe a un mal manejo en la atención del parto frente a las debilidades en dirigir en una decisión oportuna, a pesar de tener personal de especialidades y capacitados, en los diferentes servicios en la atención, existe debilidades que obstruyen una buena atención, por lo que es imperativo mejorar la calidad en la práctica, y ya no en la teoría, el fortalecimiento se debe hacer bajo herramientas que faciliten el desempeño de las diferentes funciones y roles de cada profesional de salud, así se mejoraría la toma de decisiones adecuadas, se aplicaría la efectividad como la eficiencia en respuesta a estas decisiones.

Esto debe hacerse énfasis en base a las Guías Prácticas Clínicas (GPC), que existen como protocolos de atención, que por falta de tiempo por la disminución del talento humano en los diferentes servicios ocurren estas muertes, lo que nos enfrenta ante el reto, el compromiso, de promover su utilización por el personal de salud, que servirá como apoyo en las diferentes áreas para reducir la tasa mortalidad neonatal.

Con esto se fomentará la colaboración de todos interinstitucionalmente, poniendo en una buena comunicación de los servicios de Ginecología y Neonatología, compartiendo trabajo y esfuerzo, en una buena atención especializada con los conocimientos unificados sobre los temas que tiene como objetivo las GPC.

Además que la experiencia previa en estos procesos fortalecerá los conocimientos, que pueden contribuir a la efectividad en una buena atención de calidad y calidez, para esto es necesario contar con un equipo multidisciplinario comprometido en el bienestar de salud de los pacientes que son atendidos en esta institución, que disfrute de la credibilidad y aceptación en el entorno en el que se va a implementar la GPC y en el que estén comprometidos en todos los niveles unificando en un mismo idioma que es la mejoría de los servicios de atención integral de salud a las mujeres y recién nacidos que son atendidos diariamente esta institución como el Hospital Dr. León Becerra Camacho del Cantón milagro.

5.3 JUSTIFICACIÓN

La implementación de guías práctica clínica tiene como objetivo central producir cambios en el manejo de la embarazadas y los recién nacidos al ingresar a los diferentes servicios de salud, con el fin de orientar el fortalecimiento de las debilidades encontradas en el instrumento de validación, para mejorar los resultados de calidad, eficiencia y calidez en la atención integral de salud.

Actualmente con los resultados encontrados hasta el momento se evidencia dificultades y la complejidad en el manejo de las decisiones oportunas, que nos trasladan a una realidad que, por falta de talento humano, de docencia, de experiencias, no se cumplen a cabalidad el manejo de los protocolos de la guía practicas clínica y al exigir los cambios propuestos, existe resistencias del personal de salud, por lo que es esencial elegir el enfoque más adecuado a nuestro caso y realidad.

Esto nos ayudara a realizar una buena planificación de los cambios, es conveniente precisar que, para fortalecimiento de las bases en el manejo de atención, hay múltiples abordajes, y se dependerá de la perspectiva que se adopte, los objetivos que se pretendan, el tipo de profesionales que debe ser implicados y los recursos disponibles.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo General de la propuesta

Mejorar las normas de atención integral de salud, antes, durante y posterior al parto

5.4.2 Objetivos Específicos de la propuesta

Reducir los riesgos de las muertes neonatales, promoviendo la seguridad de los recién nacidos en el servicio de neonatología

Fortalecer las guías prácticas clínicas simuladas

Identificar las urgencias o emergencia obstétrica para la toma de decisiones oportunas

- Analizar el proceso de la muerte neonatal desde su inicio en el contexto familiar hasta su terminación en ambos servicios de salud.
- Contribuir a la identificación y reducción de Eventos Adversos (EA) que pudieron ocasionar estas muertes

5.5 UBICACIÓN

La propuesta de intervención se llevará a cabo en el Hospital Dr. León Becerra Camacho del Cantón Milagro, provincia del Guayas Ecuador.

5.6 FACTIBILIDAD

La propuesta es aplicable sobre el equipo de salud del servicio de ginecología, y neonatología con ayuda del comité de muertes neonatales, del departamento de docencia y el departamento de calidad.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

- Capacitaciones frecuentes al personal de salud
- Reentrenamientos del personal de salud sobre las debilidades encontradas
- Con estudios de casos reforzando conocimientos aplicados por medios de las guías prácticas clínicas
- Implementación de talleres presenciales, prácticos de casos

5.8 ACTIVIDADES

- Capacitación al personal de salud en seguridad de las madres y neonatos, definiendo sus responsabilidades y cronograma de capacitaciones en cada servicio.
- Talleres de integración, presentando la experiencia de implementación de un programa de seguridad de las madres y recién nacidos, dirigida a los jefes de Servicio de Neonatología y ginecología
- Realizar talleres de cambio cultural en el personal de salud de los servicios de ginecología y neonatología para incorporar los conceptos de mejora de calidad y seguridad del paciente.
- Se elaborarán instrumentos de registro como la actualización del formulario de mortalidad neonatal, y de Eventos Adversos (EA) y el desarrollo de la base de datos con indicadores de EA en ginecología y neonatología.
- capacitar a los equipos institucionales en la seguridad de las madres y neonatos, incorporando herramientas de gestión como el Análisis para ser usado en las muertes neonatal, el registro de Eventos Adversos (EA), y el control de Infecciones Hospitalarias (IH)
- Desarrollar componentes de investigación, con análisis del proceso que llevó a las muertes neonatales, con entrevistas a familias y grupos focales del equipo de salud, realizada en conjunto con los hospitales, los distritos, y comunidades

5.9 RECURSOS, ANÁLISIS FINANCIERO

Se utilizaron recursos diversos de insumos y materiales de oficinas, gastos fueron costeados por el investigador

5.10 IMPACTO

Mediante la ejecución de la propuesta se intervendrá con el departamento de docencia, el departamento de calidad, y el comité neonatal, en fortalecer la debilidades del personal en los servicios de ginecología y neonatología, para el mejoramiento de los estándares de calidad en la atención integral de salud materno - neonatal y así reducir estas muertes que con lleva a una desintegración familiar, la cual ampara la constitución por medio del Modelo De Atención Integral De Salud, Familiar, Comunitario, Intercomunitario, en el derecho a la vida, además de una tener una atención en salud con calidad y calidez.

5.11 CRONOGRAMA

Tabla 24. Cronograma de las actividades propuestas

ACTIVIDADES	2018		2019			
	NOVI	DIC	ENE	FEB	ABR	MAR
ELECCION DEL TEMA						
DEFINICION DEL PROBLEMA						
ELABORACION DEL ANTEPROYECTO	X					
TUTORIA 1		X				
RECOPIACION DE INFORMACION DEL ANTEPROYECTO			X			
TUTORIA 2			X			
APROBACION DEL ANTEPROYECTO			X			
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION			X			
PROCESAMIENTO DE DATOS			X			
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS				X		
ELABORACION DE LA PROPUESTA				X		
TUTORIA 3				X		
MODIFICACIONES				X		
TUTORIA 4				X		
ELABORACION DE CONCLUSIONES						X
TUTORIA 7						X
REVISION DE LA PROPUESTA						
TUTORIA 8						
CORRECCION DE LA PROPUESTA						
APROBACION DE LA PROPUESTA						
TUTORIA 9						
PRESENTACION DE LA PROPUESTA						

5.12 LINEAMIENTO PARA EVALUAR LA PROPUESTA

- Monitoreos de las asistencias en capacitaciones simuladas
- Monitoreos en el trabajo de campo
- Monitoreos de las incidencias de los familiares
- Monitoreos de talleres

CONCLUSIONES

Este estudio permitió identificar que los factores de riesgo se relacionaron con las características sociodemográficas, a los factores maternos, obstétricos y feto-neonatales más importantes, los cuales se están minimizando al momento del parto, estos factores encontrados permiten sin duda diferenciar que existen determinantes que ocasionan un gran peligro tanto a la madre como al hijo y que están asociados mutuamente, lo cual pone en riesgo la salud del recién nacido.

Los factores encontrados permiten concientizarnos en tomar acciones para dar una atención de calidad durante el trabajo de parto, además de reforzar las debilidades que se encuentran en momento de la captación de estos embarazos. Los determinantes que deben tomarse en cuenta, no solo están en primer nivel sino en segundo y tercer nivel, como factor importante encontrado fue la edad de la madre, su procedencia, su condición social, ya que tiene gran relevancia en el momento de la concepción y con este estudio nos enfatiza las realidades de nuestro medio, en el momento del parto, lo que lo hace un gran factor de riesgo en nuestro estudio.

La edad se relaciona con la inmadurez biológica que puede tener una adolescente, su cultura e idiosincrasia la pone en peligro al momento del parto, su embarazo se asocia a efectos a corto y mediano plazo, trae como consecuencia desventaja socioeconómica, aumentado los riesgos de morbilidad y mortalidad materna - neonatal, por lo que se considera como un grave problema de salud pública, existe muchos factores biológicos y sociales que tiene un impacto directo sobre el neonato, por lo que consideramos que es la población más vulnerable, pues enfrentan una serie de situaciones que ponen en riesgo su desarrollo en el embarazo.

Estos factores trae como consecuencia la falta de controles prenatales, el poco interés en su salud reproductiva, al manejar la poca importancia en la identificación de sus síntomas de gravedad, la violencia intrafamiliar que se produce dentro de las familias que emocionalmente se afectan y causan desestructuración de la misma, lo que trae como desventajas llevar un embarazo seguro, ya no solo es evidente que por la lejanías de los centro salud o hospital de segundo nivel, que estas vivan fuera de las área rural o urbana sea solo el problema o su bajo grado de escolaridad, más bien las hace más vulnerable a presentar muchos más riesgos en el embarazo.

Lo que nos afirma y es evidente que el problema no solo radica en el primer nivel, segundo y tercer nivel, sino también que sus determinante sociales tiene gran relevancia y hace que se minimicen estos factores al momento del inicio del trabajo de parto y posterior a él, lo que hace que no se tomen decisiones oportunas frente a una emergencia la cual se puede evitar en momento que se capta a la paciente en la admisión de ginecología a la hora de las valoraciones, que podrían evitar estos desenlaces fatales.

Pero existen otros factores relacionados a los antecedentes personales de estas madres adolescentes, que siguen siendo relevantes en especial que la mayoría de estas madres fueron secundigestas, y presentaron patologías relacionada al embarazo, como fue la Hipertensión gestacional, y anemia mal controladas durante el embarazo, lo que revelo en nuestro estudio que también se relacionó a los pocos controles prenatales, por la mala adherencia de la misma, o embarazos avanzados que recién tenían una consulta en el segundo o tercer trimestre, lo que trajo como consecuencia retraso en crecimiento uterino, amenazas de aborto y en especial la prematurez con bajo peso.

También se encontró que los factores obstétricos presento un índice alto de estas muertes neonatales, fueron los nacidos por vía vaginal, algo que llama la atención por la practicas del parto humanizado, el cual se refiere que está libre de riesgo, y que en otros estudios siempre se ha revelado que la mayoría de las tasas de mortalidad neonatal se debe a las cesáreas, lo que no fue evidente en nuestro estudio.

La mayoría de estas muertes se relacionado con el corto periodo intergenésico menor a 2 años que además presentaron infecciones de las vías urinarias y otros factores que condujeron a una mala toma de decisiones oportuna al momento de comprobar un signo de alarma como el someter a parto vaginal teniendo la desproporción cefalopélvica que la mayoría de estas madres presento lo que ocasiono traumas obstétricos.

Estos a su vez nos permite analizar no solamente sus factores, sino que la principal causa de estas muertes se está dando en neonatos de sexo masculino, a términos con buen peso, adecuado para la edad gestacional, lo que resulta otro factor importante ya que en otros estudios siempre ocupa como primer lugar la prematuridad, que en este estudio se encuentra en segundo lugar como son los recién nacido pretérmino con bajo peso, quiere decir, que a pesar del control en el primer nivel y todas estrategias sigue extendiendo barreras que limitan una buena atención integral en el embarazo y se evidencia en el trabajo de parto.

Este estudio reveló que la mayoría de estos fallecimientos se dio en recién nacido con buena edad gestacional y el peso adecuado por vía vaginal, esto resulta contrario a la tendencia de otros estudios donde la mortalidad mayor es el neonatos de bajo peso, por su prematuridad, obtenidos por vía cesárea etc. Además, se evidenció que estos mismos, tuvieron en su mayor porcentaje Asfixia Neonatal relacionadas con alteración metabólicas, lo que conllevaron a una insuficiencia respiratoria aguda, y muchas de ellas se comprometieron con Neumonía congénita o nosocomial.

Estas afecciones de mayor mortalidad no necesitaron inicialmente masaje cardiaco, pero si existió depresión respiratorio importante, lo que implica arresto de oxigenación tisular lo que llevo a la hipoxia y consecuencia severas, lo que nos afirma que la mayor causal de paro cardiaco es la insuficiencia respiratoria

RECOMENDACIONES

- 1. Se recomienda hacer mayor énfasis en los centros de salud en este grupo de madres, ya que por la cultura e idiosincrasia de cada comunidad hace aun resistencia en el cuidado que deben tener durante el embarazo, por lo que se requiere mayor control en las captaciones de las embarazadas y seguimientos reales**
- 2. Insistir en capacitaciones a la comunidad de una manera entendible que las embarazadas comprenda el riesgo que puede significar los escasos controles y de tal forma que le den la importancia que merece este proceso, ya que no hacerlo puede ocasionar muertes neonatales prevenibles con un control prenatal.**
- 3. Promover el fortalecimiento de los conocimientos por medio de las guías de prácticas clínica, en la valoración correcta del trabajo de parto, para toma oportuna de decisiones adecuadas, evitar riesgo a los neonatos**
- 4. Que las áreas de neonatología sean fortalecidas con materiales, más ventiladores, de tal manera la dirección y autoridades enfatice los cuidados de esta población vulnerable.**

BIBLIOGRAFÍA

Trabajos citados

(s.f.). En *Embarazo de riesgo parte III* (págs. 133-357).

Abreu Viamontes, C. S. (2017). Caracterización clínica de la diabetes gestacional en el policlínico Ignacio Agramonte. *Archivo Médico de Camaguey*, 753-763. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000600008&lng=es&tlng=pt.

Alejandrina Murguía-González, R. J.-H.-B. (2013). Factores de riesgo de trauma obstétrico. *Ginecología Obstétrica Mexico*, 297-303.

CIFUENTES J, B. J. (2002). MORTALITY IN LOWW BIRTH WEIGHT INFANTS ACCORDING TO LEVEL OF NEONATAL CARE AT HOSPITAL OF BIRTH . *PEDIATRICS*, 745-751.

Clínica, M. d. (2015). Sepsis Neonatal. *Creative Commons*, 8-54. Obtenido de www.salud.gob.ec

CUTIPA, Y. M. (2018). *MORBIMORALIDAD EN EL AEA DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD 2017*.

Donoso Enrique, C. J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Med chile*, 168-174. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>

Dr. José Luis García-Galavíz 1, D. U.-G. (2007). Dra Virginia Apgar (1909-1974). *Acta Pediátrica Mexica*, 28-46. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2007/apm071h.pdf>

DR. RAUL RIVERON CORTEGUERA, D. P. (2001). MORATLIDAD INFANTIL EN CUBA 1958-1999. *CUBANA PEDATRICA*, 143-57.

Dr. Walter Torres Izquierdo, D. L. (2008). Componente Normativo Neonatal. 6-166.

- Ecuador, M. d. (2015). Recien Nacido Pretermino. *Creative Commons*, 9-77. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- Franflin, G. P. (2017). Supervivencia Neonatal e infantil de madres fallecidas. *cides-umsa*, 59-83. Obtenido de https://www.unicef.org/bolivia/CIDES_UMSA_OMMN_-_Neonatos_que_sobreviven_a_madres_fallecidas.pdf
- H., M. S. (2000). FACTORES DE RIESGO PARA MUERTE NEONATAL. *SOCIEDAD BOLIVARIANA PEDIATRICA*, 3-10.
- HUACCHA VILCA IRMA, V. M. (MAYO de 2016).
- INEC. (2014). *ANUARIO ESTADISTICO VITALES*. Obtenido de www.ecuadorencifras.gob.ec
- Infancia, F. d. (2018). La Urgente necesidad de poner fin a las muertes de los recién nacido CADA VIDA CUENTA. 1-31. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_newborn_deaths_SP.pdf
- J., Á. (2013). VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PERINATAL Y NEONATAL. *SOCIEDAD PERUANA*, 22-52.
- Kashiwase, H. (2017). *Nuevas estimaciones de la mortalidad infantil indican que 15.00 niños fallecieron diariamente en 2016*. Obtenido de <http://blogs.worldbank.org/opendata/impac-tevaluations/es/nuevas-estimaciones-de-la-mortalidad-infantil-indican-que-15-000-ni-os-fallecieron-diariamente-en>
- LEONARDA PINO, L. C. (2016). FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CORONEL OVIEDO DR,JOSE ÁNGEL SAMUDIO, PERIODO 2013-2014. *INST.MED.TROP*, 22-34.
- Luis Mendoza Tascon, D. G. (2017). Determinantes biológicos de mortalidad neonatal, en una población de mujeres adolescentes y adultas de un hospital en Colombia. *Revista Chilena Obstetricia Ginecologica*, 424-437.
- M^a de los Ángeles Martos Cano, M. M. (2018). Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserada por mutación heterocigota en el gen de la Protrombina. *REVISTA*

OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, 256-260. doi:DOI: 10.20960/j.pog.00099

MAILY TANG P., N. G. (2015). ALGUNOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD NEONATAL EN HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. *COMUNIDAD Y SALUD*, 38-45.

María V. Milos Sucksdorf, B. N. (2017). Análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo. *Sanatorio San Gregorio*, 1-6. Obtenido de <http://cardiosangeronimo.com.ar/a/wp-content/uploads/2017/12/articulo.pdf>

Monsreal José Franco, M.-X. C. (2017). Asociación de factores de riesgo en el bajo peso al nacer en Lázaro Cárdenas, Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*, 13-22.

MSP. (2016). Control prenatal, Guía de Práctica Clínica. En M. d. Pública, *Control prenatal, Guía de Práctica Clínica* (págs. 8-45). Quito, Ecuador: Creative commons de attribution. Obtenido de <http://salud.gob.ec>

MSP. (2016). RECIEN NACIDO CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR. En G. d. MSP. Quito: Creative Commons. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>

Mundial, O. d. (19 de septiembre de 2018). Reducción de la mortalidad en la niñez. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

OMS. (19 de octubre de 2017). *Mortalidad Materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

OPS/OMS, O. P. (2015). GUÍA PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL RECIÉN NACIDO GRAVE. 19-578.

ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD, O. (28 de septiembre de 2018). *Reducir la mortalidad de los recién nacidos*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/reducir-la-mortalidad-de-los-reci%C3%A9n-nacidos>

PATRICIA, I. L. (2018).

PÉREZ-DÍAZ R, R.-L. A.-R. (2018). ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN UN HOSPITAL INSTITUCIONAL. *ACTA PEDIATR MEX*, 24-32.

- Pérez-Díaz, R. R.-L.-R.-M.-M. (2018). Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un hospital institucional. *Acta pediátrica de México*, 23-32. doi:<https://dx.doi.org/10.18233/apmlnolpp23-321537>
- PUBLICA, M. D. (2013). Obtenido de www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D458.pdf
- Pública, M. d. (2013). *Infección de Vías Urinarias en el embarazo Guía de Prácticas clínica*. QUITO. Obtenido de www.msp.gob.ec
- Pública, M. d. (2015). GPC . En *Ruptura Prematura de las Membranas* (págs. 1-33). Quito: Creative Commons. Obtenido de www.salud.gob.ec
- Ruth Díaz Granda, L. D. (2017). Factores fetales asociados a retardo del crecimiento intrauterino. *Facultad de ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 12-22.
- S. Carrera Muiños, M. H. (2016). Mortalidad neonatal en una institución de tercer nivel de atención. *Perinatología y reproducción Humana*, 97-102. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0187533717300055?token=ED8F2D483C208981AEACB90C1EF45F6DBA94617C28332FB9D9FE222ABA58B37177F38B6EEF2E445A5D9B3F4565E6B735>
- SALUD, O. M. (16 de octubre de 2016). *Cada día mueren 7000 recién nacidos a pesar de los progresos en la supervivencia infantil*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/daily-newborn-deaths/es/>
- Salud, O. P. (2016). Preparar para el desarrollo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la salud. *Organización Panamericana de la Salud*, 10-104. Obtenido de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=665-ods-ecuador-diciembre-2016&category_slug=publications&Itemid=599
- Salvador, M. d. (2017). Mortalidad en niños menores de 5 años en el Salvador período 2012-2016. 4-41. Obtenido de <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2018/07/Mortalidad-en-nin%CC%83os-menores-de-5-an%CC%83os.pdf>
- Sergio Ávila Darcia1, T. A. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 11-20. Obtenido de www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr

- Tang P., M., González, N., Lugo, L., Medina, Y., & Mendoza, L. (2015). Algunos factores de Riesgo asociados a la Mortalidad Neonatal en el Hospital Central de Maracay 2012. *Comunidad y Salud*, 38-45. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740825006>
- UNICEF. (2014). *Una Promesa renovada*. Obtenido de https://www.unicef.org/ecuador/media_27848.htm
- VILLASIS-KEEVER, M. A. (2016). ACTUALIZACIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD PERINATAL: LA OMS PUBLICÓ EN 2016 EL ICE-PM. *REVISTA MEXICANA DE PEDIATRÍA*, VOL.83, No.4, PP 105-107.
- Zeballos Sarrato Susana, V. C. (2017). Factores de riesgo asociados a mortalidad fetal intra parto en recién nacidos pretérmino. *Anales de pediatría*, 127-134. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.04.018>

ANEXOS



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA ESCUELA POSTGRADO

OBJETIVO GENERAL: Identificar los factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en el hospital Dr. León Becerra Camacho del Cantón Milagro

ANEXO 1. FICHA OBSERVACIONAL

Instrumento elaborado por el maestrante conjunto con tutor para la obtención de datos en las Historias clínicas/software SAIS, y validado por especialistas, en el Hospital León Becerra De Milagro

Descripción:

DATOS GENERALES:

No FICHA: _____ HC: _____ INGRESO _____ EGRESO _____

REFERIDO _____ TRANSFERIDO _____

Género: Masculino

Femenino

1.- Objetivo Específico: Describir las características socio-demográficos maternas

FACTORES DE RIESGO SOCIO-DEMOGRÁFICOS

EDAD:

13-15 () 16-20 () 21-35 () >35 ()

INSTRUCCIÓN:

Primaria () Secundaria () Superior ()

ESTADO CIVIL:

Soltera () Casada () Unión libre () Viuda () Divorciada () Separada ()

CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS:

1. Si () 2. No ()

OCUPACIÓN

Ama casa () Estudiante () Trabaja () otros ()

LUGAR DE RESIDENCIA:

Urbano () Rural ()

2.- OBJETIVO ESPECÍFICO: DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGOS EN LAS MUERTES NEONATALES.
FACTORES DE RIESGO MATERNOS
<u>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</u> Hipertensión Arterial SI () NO () Preeclampsia SI () NO () Eclampsia SI () NO () Síndrome convulsivo SI () NO () Síndrome Hellp SI () NO () Diabetes SI () NO () VIH SI () NO () Sífilis SI () NO () Anemia SI () NO ()
<u>GRAVIDEZ:</u> Primigesta SI () NO () Secundigesta SI () NO () Multípara SI () NO ()
<u>TIPO DE EMBARAZO SEGÚN N° DE FETOS:</u> Único SI () NO () Gemelar SI () NO () Multípara SI () NO ()
<u>NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES:</u> Optimo 5-7 SI () NO () Mínimo 3-5 SI () NO () Ninguno 0 SI () NO ()

PARTO

Parto Vaginal SI () NO ()
Cesárea SI () NO ()
Expulsivo Prolongado SI () NO ()
Cesárea De Emergencia SI () NO ()

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS:

- 1.-Desproporción Cefalopélvica SI () NO ()
- 2.- Infecciones De Vías Urinarias SI () NO ()
- 3.-Ruptura Prematura De Membranas SI () NO ()
- 4.- Cardiopatías SI () NO ()
- 5.- Traumas SI () NO ()
- 6.- Embarazos Múltiples SI () NO ()
- 7.- Corioamnionitis SI () NO ()
- 8.- Brevedad Cordón SI () NO ()
- 9.- Placenta Previa SI () NO ()
- 10.- Desprendimiento Prematuro de Placenta SI () NO ()
- 11.- Polihidramnios SI () NO ()
- 13.- Oligohidramnios SI () NO ()
- 14.- Subestimacion En La Valoración Obstétrica SI () NO ()
- 15.- OTROS () especifique

FACTORES RIESGO FETALES

1. Sufrimiento Fetal Agudo SI () NO ()
2. Líquido Amniótico Meconial SI () NO ()
3. Circular De Cordón SI () NO ()
4. Hipoxemia Isquémica SI () NO ()
5. Hijo de Madre Diabética SI () NO ()
6. Hipoglicemia SI () NO ()
7. Eritroblastosis Fetal SI () NO ()
8. Distocia de Presentación SI () NO ()
9. Anomalías Congénitas SI () NO ()
10. Efecto de Uso de Opiáceos SI () NO ()
11. Otros () especifique

FACTORES DE RIESGO NEONATALES:

1.-Peso Al Nacer:

- a. Bajo peso al nacer (1500-2499 gramos)
- b. Adecuado peso al nacer (2500-3999 gramos)
- c. Macrosomia (Igual o > 4000 gramos)

2.-Capurro / Ballard: _____ **Semanas**

Pre-termino () **A Termino** () **Posttermino** ()

3.-Macrosomia SI () NO ()

4.-Hijo de madre diabética SI () NO ()

5.-Retraso en Crecimiento SI () NO ()

6.-Anemia Fetal SI () NO ()

7.-Síndrome De Aspiración De Meconio SI () NO ()

8.-APGAR **1x'** **5x'** **10x'**
A.- 1 X': **0-3 ()** **3-5 ()** **5 ()** **> 7 ()**
B.- 5 X': **0-3 ()** **3-5 ()** **5 ()** **> 7 ()**
C.- 10 X': **0-3 ()** **3-5 ()** **5 ()** **> 7 ()**

9.-Ventilación a presión positiva > 1 min. SI () NO ()

10.-Reanimación con masaje cardiaco SI () NO ()

11.- Infecciones Perinatales SI () NO ()

12.-Patologías Asociadas SI () NO () **Especifique**

13.-Diagnóstico de Hospitalización: **Especifique:**

14.-Recurso Humano que atiende al neonato

- a.- Médico SI () NO ()
- b.- otro profesional SI () NO ()

3.- OBJETIVO ESPECÍFICO: COMPROBAR LAS ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO QUE CONLLEVAN A LA MUERTE NEONATAL

1.-Asfixia Neonatal SI () NO ()

2.-Síndrome De Dificultad Respiratoria Del Recién Nacido

(Membrana Hialina) SI () NO ()

3.-Taquipnea Transitoria Del Recién Nacido

SI () NO ()

4.-Neumonía:

Congénita SI () NO () **Nosocomial** SI () NO ()

5.-Síndrome Aspiración Meconial SI () NO ()

6.-Sepsis Neonatal SI () NO ()

7.- Hipertensión Pulmonar SI () NO ()

8.- Incompatibilidad RH SI () NO ()

4.- OBJETIVO ESPECÍFICO: IDENTIFICAR LOS FACTORES RIESGO ASOCIADOS A LAS COMORBILIDADES QUE CONTRIBUYEN A LA MUERTE DE NEONATOS

1.-Inmadurez/prematurez SI () NO ()

2.-Neumonía asociada a la ventilación mecánica SI () NO ()

3.-Peso bajo al nacer SI () NO ()

4.-Acidosis metabólica SI () NO ()

5.-Shock séptico SI () NO ()

6.-Enterocolitis Necrotizante SI () NO ()

7.-Neumotórax SI () NO ()

8.-Malformaciones congénitas SI () NO ()

9.-Hipoglucemia del recién nacido SI () NO ()

10.-Hipotermia del recién nacido SI () NO ()

11.-Insuficiencia renal aguda SI () NO ()

12.-Hipoplasia pulmonar SI () NO ()

13.-Insuficiencia cardiaca SI () NO ()

14.-Atresia esofágica SI () NO ()

15.-Hemorragia ventricular SI () NO ()

16.-Hidrocefalia SI () NO ()

17.- Gastrosquisis SI () NO ()

18.- Otros ()

EXCELENTE	100
LEVES CAMBIOS	50
CAMBIOS	25

Instrumento validado

NOMBRE: *D. Wilson Balleza D.*
 TITULO ACADEMICO: *Pediatra Neonatólogo*
 TRABAJA: *Hospital Leon Becerra (Integr.)*
 CI: *0910982099.*
 R. PROF. COD: *6150*

*Subdirector de Gestión.
 de Especialidades Clínicas. Quirúrgicas.*

hidrocefalia S () NO ()
gastroquibis S () NO ()

EXCELENTE	100
LEVES CAMBIOS	50
CAMBIOS	25

NOMBRE: *Lab. Carmen Herminia Domínguez, PhD*
TITULO ACADÉMICO: *PhD en Psicología*
TRABAJA: *UNEMI*
CI: *0958178337*
R. PROF. COD: *71262-13-10372*

Alex Lozano

Instrumento validado

EXCELENTE	100
LEVES CAMBIOS	50
CAMBIOS	25

Instrumento validado

NOMBRE: Fanny E. Vera Lorente
TITULO ACADEMICO: PhD. CIENCIAS DE LA SALUD
TRABAJA: UNEMI
CI: 1200496196
R. PROF. COD.:

Fanny E. Vera Lorente

EXCELENTE	100
LEVES CAMBIOS	50
CAMBIOS	25

Instrumento validado

NOMBRE: *Sebastián Francisco Prado Espinoza*
TITULO ACADEMICO: *Medico Pediatra*
TRABAJA: *Servicio Neumología, Hospital Leon Boccerra C.*
CI: *0910102961*
R. PROF. COD: *5025*

Sebastián Francisco Prado Espinoza
MEDICO ESPECIALISTA PEDIATRA
REGISTRO SANITARIO 5025
Libre ejercicio: 1066 No. 3284
HOSPITAL LEON BOCCERRA DE TILCACA
AREA DE SALUD NO. 21

EXCELENTE	100
LEVES CAMBIOS	50
CAMBIOS	25

Instrumento validado

NOMBRE: Guillermo León S.

TITULO ACADEMICO: Doctor en Ciencias de la Salud.

TRABAJA: UPENI - FACS

CI: 0101471530.

R. PROF. COD:



Gastrosquisis SI () NO ()

100/10 100/10

Instrumento validado

EXCELENTE	100
LEVES CAMBIOS	50
CAMBIOS	25


NOMBRE: IVAN SUAREZ A

TITULO ACADEMICO: PEDIATRA.

TRABAJA: Hospital Leon Becerra Comacho.

CI: 0906011093.

R. PROF. COD: 3086.


Dr. Ivan Suarez Alcazar
MEDICO PEDIATRA

tesis final de maestria

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.sld.cu
Fuente de Internet

3%

Excluir citas

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

Excluir coincidencias

3%


UNIVERSIDAD DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACION
CARRERA DE LENGUAJE Y LINGÜÍSTICA
CALLE 109, PUNTO 117, HABANA, CUBA



CONSTANCIA

Quien suscribe, en mi carácter de Editor del Boletín de Malariología y Salud Ambiental, del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud, hace constar que el artículo original "FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL DR. LEÓN BECERRA CAMACHO DEL CANTÓN MILAGRO 2014-2017", de la autora Sampedro Merchán Carla Marcela, fue sometido a arbitraje siendo ACEPTADO para su publicación en el Suplemento N° 2 del Volumen 59, N° 2 correspondiente al período Julio-Diciembre del año 2019.

La revista esta clasificada como publicación tipo "A", indizada en Latindex, Lilacs, Imbiomed, Global Health, Zoological Record, Science Citation Index Expanded, Scopus, Cab Abstracts, Veterinary Science Database, Bireme, y Registrada En Scimago Journal & Country Rank y ASEREME.

Constancia que se expide a solicitud de parte interesada, en la ciudad de Maracay, a los 10 días del mes de abril del año dos mil diecinueve.



José Antonio Romero Palmera M.V. M. Sc.
Editor
Boletín de Malariología y Salud Ambiental
ISSN 1690-4648
MPPS / IAE
Maracay - Aragua

NOTA: Constancia emitida en formato electrónico verificable a través de WhatsApp +58 414 0499407 o editorbolmal@gmail.com.

JCS/JARP



*Docencia Estadística
Facilitar Permiso*

Milagro, 10 de octubre del 2018

Autorizado

Estimados

**Sr. Dr. Lucilo Edgar Enriquez Lombeida
Gerente del Hospital General Dr. León Becerra Camacho**

**Dr. Luis Cesar Saltos Román
Director Asistencial del Hospital General Dr. León Becerra
Camacho**

**Srta. Dra. Melba Xiomara Guerra Yáñez
Responsable de Docencia Hospital General Dr. León Becerra
Camacho**

Presente.-

De mis consideraciones

yo, Carla Marcela Sampedro Merchán, Médico residente del área de Neonatología del Hospital Dr. León Becerra Camacho, en la cual me encuentro formando como magister de Salud Pública del Instituto de la Unidad de Postgrado de la Universidad Estatal de Milagro primera cohorte, Por medio de la presente solicito respetuosamente permiso para realizar mi trabajo de titulación de tesis, por lo que se necesita autorización del área de estadística para obtener datos para mi tema "Factores de riesgo que inciden en la mortalidad neonatal en Hospital Dr. León Becerra Camacho del cantón Milagro 2014-2017", contando con la asesoría de mi tutor el Dr. Wilman Balcázar Quimi asignado a mi trabajo de titulación por el instituto de posgrado, trabajo en cual reposara en su servicios de estadísticas y de docencia unas vez finalizado, con la línea de investigación, mejoras en los protocolos ya establecidos y calidad del servicio correspondiente, esperando su pronta respuesta, quedo agradecido de ustedes.

Atentamente

Md. Carla Sampedro M.
0922859137

HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO - MILAGRO
Dr. Wilman Balcázar Quimi
PEDIATRA NEONATOLOGO
Libro IV Folio 1145 Reg. 6150

HOSPITAL GRAL. LEÓN BECERRA CAMACHO - MILAGRO



GERENCIA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RECIBIDO POR: *Guine Rodríguez*

FECHA: *19/10/2018*

HORA: *12:20*